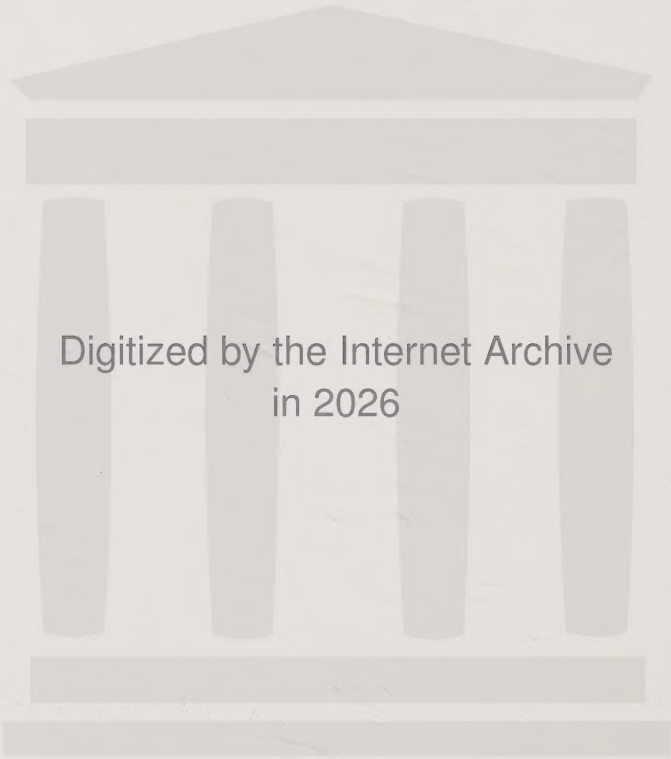
UNIVERSITE DE BORDEAUX I

L'ORGANISATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

Jean-Pierre VISCONTI

1978

grenoble
ORI


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549628_0007

UNIVERSITE DE BORDEAUX I

L'ORGANISATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

Jean-Pierre VISCONTI

Thèse pour le Doctorat d'Etat en Droit
présentée et soutenue publiquement le 28 août 1978
sous la présidence de M. le Doyen AUBY

SERVICE DE REPRODUCTION DES THESES DE
L'UNIVERSITÉ DES SCIENCES SOCIALES DE GRENOBLE

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

AVERTISSEMENT

Le présent document est une reproduction faite en réduction (33 %) **d'un document original fourni par l'auteur**

Le Service de Reproduction des Thèses de l'Université des Sciences Sociales (Grenoble II) ne peut être tenu pour responsable de la mauvaise qualité de certaines parties. Seul l'auteur qui n'a pas eu le loisir ou la possibilité de fournir des originaux correspondant aux normes fixées par l'Atelier peut être incriminé

A B R E V I A T I O N S

- A.C.O.S.S.	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
- B.L.D.	Bulletin législatif DALLOZ
- Bull. C.A.F.	Bulletin des Caisses d'allocations familiales
- C.E.S.	Conseil Economique et social
- C.N.A.F.	Caisse nationale des allocations familiales
- C.N.A.M.	Caisse nationale de l'assurance maladie
- C.N.A.V.	Caisse nationale de l'assurance vieillesse
- Dr. Soc.	Droit social
- F.A.S.	Fonds d'action sociale
- F.N.A.S.S.	Fonds national d'action sanitaire et sociale
- F.N.G.A.	Fonds national de la gestion administrative
- J.O. C.E.S.	Journal Officiel - Conseil Economique et social
- J.O. Doc. Adm.	Journal Officiel - Documents administratifs
- J.O. N.C.	Journal Officiel - Lois et décrets. Numéro complémentaire
- Q.S.S.	Questions de sécurité sociale
- R.F.A.S.	Revue française des affaires sociales
- U.R.S.S.A.F.	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

L'expression "sécurité sociale" aurait été employée pour la première fois par Simon BOLIVAR : "Le système de gouvernement le plus parfait est celui qui engendre la plus grande somme de bien-être, la plus grande somme de sécurité sociale et la plus grande somme de sécurité politique." (1)

Le premier texte juridique à en faire mention est le "Social Security Act" aux Etats Unis, le 14 août 1935. Puis, dans la Charte de l'Atlantique, les dirigeants des Etats Unis et de la Grande Bretagne affirment leur désir de "réaliser une étroite collaboration économique entre toutes les nations, en vue d'assurer à tous des conditions de travail meilleures, le progrès économique et la sécurité sociale." (2)

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies, reconnaît enfin dans son article 22 à toute personne, en tant que membre de la société, un droit à la sécurité sociale.

L'expression est donc universellement consacrée et des systèmes de sécurité sociale se sont développés dans tous les pays. Mais, paradoxalement et comme le fait remarquer M. DUPEYROUX il est très difficile d'en proposer une définition. (3)

- (1) Rapporté par M.G. CRUZ- Le concept de Sécurité Sociale dans les pays d'Amérique Latine. Bull. A.I.S.S. - 1951 - n° 6- p. 211 - Cité par J.J. DUPEYROUX. Droit de la Sécurité sociale, DALLOZ 1975 - p. 4
- (2) Charte de l'Atlantique, article 5.
- (3) J.J. DUPEYROUX, op. cit. p. 5 - On peut trouver témoignage de cette difficulté dans cette définition proposée par M. ICART, dans son rapport sur le projet de loi de finances pour 1971 : "La Sécurité Sociale est constituée par une pléiade de régimes chargés d'assurer la redistribution d'une masse financière énorme."

L'expression, note- t'il, est toujours employée pour caractériser un ensemble d'efforts, une certaine entreprise sociale. Il s'agit de réparer les conséquences des risques sociaux (4) : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, décès, charges familiales et chômage. Ces événements contre lesquels l'état doit assurer une protection variable selon les époques et les pays, sont définis universellement comme le noyau commun des risques à couvrir. Ce sont ces termes mêmes que l'on retrouve dans la législation française.

Le régime français de sécurité sociale vient d'avoir trente ans, il est né en 1945 avec la Libération. Il faut pourtant rappeler que c'est La Convention qui avait déjà posé les principes modernes de protection de la santé publique dans les décrets du 19 et du 28 juin 1793. Ecartés pendant la période libérale classique, ces principes ne furent repris que dans les débuts de la IIIº République. Mais à la veille de la seconde guerre mondiale la situation n'avait rien de satisfaisante. Les gouvernements successifs avaient mis en place des institutions différentes, mal coordonnées et insuffisantes. Les mesures prises jusqu'alors étaient disparates et fragmentaires, dépendant des idéologies et des conditions du moment. Les non-salariés étaient ignorés, les besoins de la vieillesse imparfaitement assurés. Le risque chômage était exclu des assurances sociales, le risque maladie n'était couvert que pour une prériode de six mois et seuls les salariés dont le gain était inférieur à un maximum bénéficiaient des assurances sociales.

Le régime français de sécurité sociale est né de la volonté de substituer à ces mesures un ensemble synthétique et cohérent assurant à tous membres de la société un minimum de bien-être matériel et moral, la garantie de la sécurité sociale (5).

La législation française, ainsi d'ailleurs que l'ensemble des législations de l'époque, a subi l'influence du plan Beveridge. Ce plan fut présenté au Parlement britanique le 1er décembre 1942 par Sir William Beveridge qui précisa d'ailleurs qu'il était " le seul qui mérite d'être pendu pour ce plan."

- (4) La notion de risque social prête à équivoque et n'est pas assimilable à celle de risque inhérent à la vie sociale (vieillesse ou maladie guettent Robinson Crusoé sur son île, note J.J. DUPEYROUX, op. cit. p.9).

- (5) Cf. Joseph LAJUGIE - La Sécurité Sociale - Ed. Bourrelier - 1948.

Il proposait d'englober la totalité de la population britannique dans un système complet d'assurances sociales destiné à supprimer le besoin. Toutes les institutions d'assurance sociale devaient être unifiées dans un service public unique. Les cotisations étaient uniformes mais la solidarité nationale devait se traduire par un financement fiscal pour les charges familiales et la santé.

Ce service public devait être inclus dans un ensemble plus vaste comprenant une politique de progrès social, une politique de la santé, une politique de plein emploi, une réforme de l'enseignement et une politique du logement.

Mais à côté de cet aspect global fondamental, le rapport était remarquable en ce qu'il supposait une collaboration entre l'Etat et l'individu. L'Etat devant seulement épauler l'effort des intéressés en n'offrant la sécurité que contre service et contribution.

Ainsi les principes fondamentaux d'un système de sécurité sociale étaient-ils mis en avant : protection totale et solidarité nationale, nécessité d'une politique globale dont la sécurité sociale est une composante, collaboration entre l'Etat et l'individu à qui revient la responsabilité principale. Le principe de base est celui de la solidarité de tous devant les risques de la vie. Chacun supporte sa part de ceux encourus par ses concitoyens et est garanti par eux contre ceux qu'il encourt.

C'est cette idée de solidarité nationale que l'on retrouve à la base du plan français de sécurité sociale : instituer une organisation d'ensemble englobant la totalité de la population. Le régime fut mis en place par un ensemble de textes allant des ordonnances du 4 octobre et du 19 octobre 1945 à la loi du 19 mars 1947 sur la coopération de la mutualité à la sécurité sociale. Le principe essentiel est posé que tout français résidant sur le territoire métropolitain bénéficie des mesures dites de sécurité sociale.

Alors que certains pays étrangers comme l'Angleterre et la Nouvelle-Zélande avait confié au Trésor le soin de fournir les fonds nécessaires, une conception particulière du financement a prévalu en France. Au lieu d'une redistribution du revenu prélevé par l'impôt, sous forme de prestations, le système français a retenu le principe contributif. Ce sont les assurés eux-mêmes qui doivent fournir, par leurs cotisations, l'essentiel des ressources nécessaires.

Le fonctionnement du régime général organisé par l'ordonnance du 4 octobre 1945 était assuré par des caisses à compétence générale. Trouvant dans la Sécurité sociale " le terrain privilégié de l'idée de démocratie sociale " (6), les textes posèrent le principe d'une gestion des caisses par les intéressés eux-mêmes. Les administrateurs, d'abord désignés par les syndicats, furent ensuite élus en vertu de la loi du 30 août 1946.

Deux idées fondamentales, claires et précises, étaient ainsi à la base du système français. L'idée de solidarité nationale en fonction de laquelle chacun devait supporter une fraction de la charge proportionnelle à ses possibilités. L'idée de démocratie sociale en fonction de laquelle les travailleurs prenaient en main l'administration de leur Sécurité sociale.

La gestion du système était en effet incontestablement démocratique. Les caisses locales, administrées par un conseil élu, jouissaient d'une autonomie et d'une responsabilité quasiment totales. Il existait bien une Caisse Nationale de Sécurité Sociale mais elle n'exerçait qu'un vague droit de regard et jouait essentiellement un rôle de trésorerie. Cette autonomie pratiquement absolue à l'origine était tempérée par un simple contrôle de tutelle, confié au ministre du Travail, mais au seul ministre. Celui-ci disposait, en vertu de l'article 25-4 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, d'un droit d'annulation des décisions des caisses mettant en danger l'équilibre financier de la caisse ou des décisions illégales. Il est vrai que cet article - qui est l'actuel article L 171 du Code de Sécurité sociale - deviendra une arme redoutable aux mains des pouvoirs publics et l'instrument essentiel de la main-mise de l'Etat sur la gestion de la sécurité sociale, mais à l'origine le principe d'autonomie des caisses était presque absolu. A elles la gestion du système, à l'Etat le contrôle de cette gestion, selon une distinction théoriquement précise.

Il est néanmoins exact que cette autonomie de principe était dès le départ limitée par le fait que les décisions fondamentales concernant les prestations et les cotisations relevaient des pouvoirs publics.

En fait, cette base de départ : gestion démocratique, décentralisée et libérale d'un système devant être généralisé à l'ensemble de la population, allait être remise en question très rapidement. La fin du tripardisme, les changements de majorité, la dégradation du climat social et les critiques des milieux réactionnaires firent avorter le projet initial. L'application de la loi

- (6) J.J. DUPEYROUX - Faut-il étatiser la sécurité sociale ?
Le Monde - 1er février 1973.

du 13 septembre 1946 sur l'extension de l'assurance vieillesse fut abandonnée au profit de la création de régimes autonomes. Une loi du 17 janvier 1948 créa des régimes d'assurance vieillesse propres à différentes catégories de non-salariés : professions industrielles et commerciales, professions artisanales, professions libérales et, plus tard par la loi du 10 juillet 1952, professions agricoles. L'autonomie de certains régimes spéciaux maintenue provisoirement en 1945, fut rendue définitive par l'article 61 du décret du 8 juin 1946 (7). L'opposition du MRP consacra définitivement l'autonomie des caisses d'allocations familiales, provisoirement maintenue par la loi du 22 août 1946 (8). Lé généralisation de la Sécurité sociale, objectif fondamental de 1945, ne s'est ainsi réalisée depuis lors que par la diversité des régimes (9).

Par là même l'idéal de solidarité nationale s'effaça très rapidement. Les objectifs posés en 1945 ne tenaient pas suffisamment compte des particularismes professionnels. L'amélioration des conditions de vie a incité les français à prendre en considération leurs intérêts dans le cadre de groupes socio-professionnels nettement délimités. Il en est alors résulté, outre une énormé complexité à tous les niveaux, de graves distorsions financières : " Cette fragmentation de la Sécurité sociale aboutit à un cloisonnement qui, en définitive, introduit des injustices graves dans la répartition des charges et rend plus difficile la solution des problèmes de coordination et de compensation financière qui se posent sur le plan de l'économie générale." (10)

Les réformes qui se sont succédées depuis 1945 ont été l'oeuvre de gouvernements très divers, inspirés par des considérations et des pressions politiques et idéologiques, sociales ou économiques fort contingentes. Ceci s'est manifesté par une inflation législative particulièrement "galopante" qui rend difficile l'estimation du nombre de textes parus depuis 1945 : vraisemblablement 30 000 en 30 ans. Le résultat en est un système d'une complexité rare, maintes fois dénoncé en un vocabulaire particulièrement riche par la majorité des auteurs. Monsieur DUPEYROUX résumait la situation en ces termes : "Ainsi cet habit d'arlequin sans cesse modifié, rapiécé, réajusté en fonction de la vivacité des cris ou de l'efficacité politique des influences a largement perdu, d'année en année, sa signification profonde." (11)

- (7) Décret pris en application de l'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945
- (8) Loi du 21 février 1949
- (9) Cf. André GETTING - La Sécurité Sociale- Que sais-je ? 1973 p. 24
- (10) André GETTING - op. cit. p. 24
- (11) J.J. DUPEYROUX - Droit de la Sécurité Sociale - précité p. 297

Or la Sécurité sociale occupe une place considérable dans la vie du pays, tant la vie quotidienne du Français que la vie économique, financière et sociale de la nation. En 1976 les dépenses des régimes de Sécurité sociale atteignaient 290 milliards de francs. Leur progression augmente plus rapidement que celle du budget de l'Etat. Les contributions sociales occupent une place presque quatre fois supérieure à celle de l'impôt progressif sur le revenu. Et il n'y a même pas de véritables ministère de la sécurité sociale (12). Y-a-t'il une politique de la sécurité sociale ?

Il est surprenant de constater que le problème du déficit se pose pratiquement depuis l'origine. Dès 1948, le secteur des assurances sociales était déficitaire. En 1966 il était en déficit de 2.955 millions. En 1974, pour la première fois c'était même l'ensemble du régime général qui subissait un déficit. C'est donc un déficit permanent, chronique et même " structurel ", selon les termes de M. DUPEYROUX. En effet dans ce secteur les dépenses augmentent plus vite que les recettes. C'est ainsi qu'en 1974 par exemple, les dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie ont augmenté de 18,1 % pour les prestations en nature et de 15,8 % pour les prestations en espèces, tandis que l'augmentation des ressources n'était que de 17,1 %, correspondant uniquement à l'augmentation des salaires et au relèvement du plafond.

Les causes de ce déficit sont connues : augmentation du nombre des ayants-droits plus rapide que celui des cotisants, accroissement rapide du coût de la santé et des services sanitaires, accroissement de la consommation individuelle, etc... Parmi les causes du déficit, on a souvent cité des charges indues que les pouvoirs publics feraient supporter au régime général. Ainsi en 1975 l'ensemble de ces charges indues était évalué à 16 milliards dans les milieux patronaux, à 17 milliards par la C.G.T. et à près de 23 milliards par la C.F.D.T. Aussi le Parlement, en votant en décembre 1974 la loi sur la généralisation de la sécurité sociale et à la demande en particulier de M. Robert Boulin, ancien ministre de la santé, a soumis cette question à l'examen d'une commission présidée par M. Roger Grégoire, conseiller d'Etat. Le rapport de cette commission, publié au mois de février 1976 écarte en quelque sorte la notion de charge indue. Il conclut qu'il n'existe aucune définition objective des tâches qui par nature incomberaient à la sécurité sociale ou de celles qui par nature relèveraient de la politique sociale de l'Etat. La notion de charge indue " n'aide pas à la recherche d'une solution " et " même en l'absence de toute charge indue, la

- (12) Cf. J. BING : une histoire de fous : la place de la sécurité sociale dans les structures gouvernementales - Q.S.S. 1975, p. 169.

croissance des dépenses de protection sociale restera un problème économique de grande ampleur qui ne pourra être réglé que par des réformes profondes."

Or ce problème constant du déficit a reçu constamment la même solution. Si le secteur des assurances sociales était en déficit, le secteur des prestations familiales a connu par contre des excédents en permanence. Dans un premier temps, on a donc utilisé ces excédents de trésorerie pour financer le déficit. Puis, dans un second temps, il ne restait qu'à consacrer cet état de fait dans les textes en procèdant à un transfert de cotisations. C'est ainsi que, par étapes successives, le taux des cotisations allocations familiales est passé de 16,75 % au 1 octobre 1951 à 9 % au 1 Janvier 1974. On a ainsi systématiquement sacrifié la branche des prestations familiales en diminuant ses ressources et lui ôtant la disponibilité des excédents qu'elle avait pu régulièrement dégager. Mais ces transferts n'étant pas toujours suffisants, en cas de nouveau déficit, on procédait à une augmentation du taux global des cotisations qui comblait provisoirement le déficit.

La dernière et importante réforme de 1967 n'a en fait rien changé. C'était pourtant son objectif majeur que de clarifier la situation financière des différentes branches désormais distinguées et séparées et mettre fin à ces remèdes provisoires. Le problème du déficit s'est reposé dans les mêmes termes et a été résolu de la même façon. Les propos de M. Christian Beullac, ministre du travail l'illustrent remarquablement (13) : " augmenter année après année les cotisations de sécurité sociale serait une solution impossible au problème que pose un déficit qui pourrait, en 1977, se situer entre 13 et 16 milliards de francs " mais" dans l'état actuel des choses on sera quand même obligé de toucher aux cotisations." A la même époque M. Jean Bornard, secrétaire général de la C.F.D.T. regrettait que " l'on recourre une fois de plus et surtout aux augmentations de cotisations sans attaquer de front les problèmes essentiels." (14)

On peut alors rapprocher les termes figurant dans le rapport précédant les ordonnances de 1967 et les propos tenus en 1977, dix ans après, par le Président de la République. Ainsi, en 1967 : " le gouvernement propose une réforme des structures administratives et financières qui peut seule permettre de retrouver et de maintenir de façon durable l'équilibre financier du régime."

- (13) Déclaration à T.F. 1, le 19 septembre 1976.
- (14) Sud-Ouest, 23 septembre 1976.

Ainsi un communiqué publié le 4 avril 1977 par l'Elysée déclarait-il : " L'objectif du gouvernement est d'assurer de façon durable l'équilibre de la sécurité sociale, sans majoration de cotisations ni déplafonnement, et sans réduction de prestations..." Permanence des termes et des problèmes. La réforme intervenue en 1967 n'a pu empêcher les problèmes qui restent les mêmes et n'a pu éviter la mise en oeuvre des mêmes solutions. Mais au vu du contenu de cette réforme, de ses ambiguïtés et des événements intervenus depuis lors, on ne pourra éviter de se demander si l'on voulait et si l'on pouvait changer quelque chose.

Car si, à travers l'évolution du régime général, la première constatation qui s'impose est la permanence du déficit de l'assurance maladie et des remèdes qui y ont été apportés, il en est une seconde qui s'impose avec autant d'évidence. Cette absence de politique globale à long terme et cohérente s'est accompagnée d'un renforcement permanent du contrôle des pouvoirs publics sur l'organisation et le fonctionnement du régime général.

Si les textes de 1945 avaient posé en principe la gestion du régime par les assurés qui en avaient la responsabilité, si cette autonomie avait été compensée par l'institution d'une tutelle légère à l'origine des pouvoirs publics, toute l'évolution a tendu à un renforcement constant de la tutelle et des contrôles de l'Etat. C'est en fait ce dernier qui est devenu, sous une forme plus ou moins cohérente, le véritable gestionnaire du régime général de sécurité sociale. Un contrôle a priori et a posteriori, étroit, multiple et tatillon, permanent et général s'est développé depuis l'origine à tous les niveaux. Les centres de contrôle sont nombreux et souvent mal coordonnés. Ce fut d'ailleurs un des objectifs de la réforme de 1967 que de rendre aux organismes et aux assurés la responsabilité de la gestion : "responsabilité et équilibre de la gestion, tels sont les buts des ordonnances...", "mieux affirmer la responsabilité des catégories qu'ils représentent (les conseils d'administration) dans la gestion de la sécurité sociale." (15) Il s'agissait de rétablir la distinction initiale entre la gestion par les intéressés et le contrôle de l'Etat. Mais les éléments qui devaient rendre effective cette restitution ou bien n'existaient pas dans les textes, ou bien sont restés inappliqués. Le régime général est resté sous le contrôle étroit des pouvoirs publics et les trois Caisses nationales n'exercent que peu ou pas les responsabilités qui devaient être les leurs. On est alors ramené à la même question : voulait-on en 1967 changer quelque chose ?

- (15) Extraits du rapport au Président de la République précédant les ordonnances de 1967.

Il semble que tout s'explique par la différence de conception qui oppose les pouvoirs publics aux partenaires sociaux. La complexité du problème, les ambiguïtés et les contradictions des textes de 1967 proviennent de cette opposition.

Pour les partenaires sociaux : organisations syndicales des travailleurs, U.N.A.F., Mutualité, administrateurs des caisses, les cotisations de sécurité sociale font partie intégrante des salaires. Elles constituent un salaire différé " qui n'est pas distribué immédiatement au travailleur mais versé à son profit aux organismes de sécurité sociale qui en assurent la redistribution"(16) "Les cotisations sociales constituent un prélèvement sur les salaires des travailleurs" (17). "L'argent des cotisants n'est pas une ressource parafiscale. C'est un salaire indirect..." (18). Dans cette optique les fonds de la Sécurité sociale ont un caractère privé et appartiennent aux assurés. Les caisses de sécurité sociale sont des organismes privés, même si elles sont chargées de la gestion d'un service public (19). Le fait que la loi ait qualifié les caisses nationales d'établissements publics constitue une anomalie mais ne change rien à la nature des fonds qui constituent la trésorerie des organismes. Il appartient aux administrateurs de veiller à ce que ces fonds ne soient pas détournés de leur objet. Cette conception exige alors l'autonomie de la Sécurité sociale. Dépositaires des fonds des assurés, les administrateurs en sont redevables et responsables devant eux de leur gestion. Si l'importance des fonds justifie une tutelle de l'Etat, que ce soit une tutelle qui respecte l'autonomie du système et se borne à veiller au respect de l'intérêt général. C'est d'ailleurs la conception originelle du plan français de sécurité sociale de 1945.

Dans l'autre sens, pour les pouvoirs publics le problème ne se pose pas en ces termes. Les cotisations de sécurité sociale ont un caractère parafiscal, ce sont des fonds publics. La Sécurité sociale est un service public, même si elle est gérée par des organismes de droit privé. Cette conception justifie le caractère d'établissement public conféré aux Caisses nationales et la surveillance exercée sur la trésorerie du régime général par l'intermédiaire de

- (16) Rapport Boutbien, Les problèmes de la sécurité sociale, C.E.S. 1974, J.O. C.E.S. 26 septembre 1974.
- (17) Lettre du Président de la C.N.A.F. au ministre, Bull. C.A.F. 1972, n° 10, p. 146.
- (18) M. Derlin, Directeur de la C.N.A.M., R.F.A.S. 1971, p. 120.
- (19) "un organisme chargé de l'exécution d'un service public, même si cet organisme a le caractère d'un établissement privé". : C.E. 13 mai 1938, CAISSE PRIMAIRE "AIDE ET PROTECTION", Rec. 417 ; G.A.J.A. SIREY 1974, n° 60, p. 248 ; D. 1939.3.65, concl. LATOURNERIE, note PEPY ; R.D.P. 1938.830, concl. LATOURNERIE.

l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'intervention étroite de l'Etat est donc parfaitement justifiée dans cette optique. Les diverses contraintes imposées au régime général dans sa structure et son fonctionnement s'expliquent alors pleinement.

Second volet de cette conception, le problème de la Sécurité sociale est considéré dans son ensemble, et non secteur par secteur. Etant admis que le prélèvement social ne peut être indéfiniment accru, il est légitime d'utiliser les excédents d'une branche à la couverture du déficit d'une autre. Ainsi les fonds des prestations familiales font partie de la trésorerie commune et ne sont pas la propriété de la branche des allocations familiales.

Dans cette seconde optique, la Sécurité sociale tendra à être intégrée dans les finances publiques. Et c'est ce qui se passe en fait sinon en droit. L'attitude des pouvoirs publics vis-à-vis du régime général s'explique par la volonté de mettre en pratique cette conception et l'organisation financière comme le fonctionnement du régime général révèlent toute l'opposition entre les deux conceptions, sans que la seconde prédomine complètement. Mais cette situation peut-elle se perpétuer ? Est-il possible de pratiquer encore longtemps une politique que M. DUPEYROUX caricature ainsi : "Puisque les événements nous dépassent, feignons de les organiser." (20) Comme nous venons de le dire, en 1978 la protection sociale doit être généralisée à l'ensemble de la population française. Peut-on alors conserver les bases de financement actuel c'est-à-dire les cotisations salariales ?

Certes les prévisions alarmistes qui envisageaient en septembre 1976 un déficit de 16 milliards pour 1977 ont encore une fois été démenties. Mais la perspective d' un nouveau déficit subsiste pour 1978.(21) Certes, depuis 1975 la branche des prestations familiales enregistre à nouveau des excédents croissants que l'on évalue à près de 7 milliards pour 1978. Mais pourra-t'on encore sacrifier la politique familiale alors que la baisse de la natalité est de plus en plus préoccupante ?

- (20) J.J. DUPEYROUX, Le Monde 10.11.1970.
- (21) Les prévisions du Ministère de la Santé font apparaître pour 1978 un déficit de 4,9 milliards qui se décomposerait ainsi : A.F. + 4,3 milliards ; A.M. - 4,1 milliards ; A.V. - 5,1 milliards. Alors que l'année 1977 dégagerait un excédent contrairement aux prévisions pessimistes. Le Monde - 3 septembre 1977.

Notre propos n'est pas d'avancer une solution. Il est de constater, à travers l'étude de l'organisation financière du régime général et de son fonctionnement financier, la confrontation des deux conceptions en présence et la nécessité actuelle d'un choix. Les propositions de réforme ne manquent pas, les rapports et les études s'accumulent. Nous n'en retiendrons qu'une seule, mais elle est significative. L'auteur principal des ordonnances de 1967, M. Jeanneney proposait en avril 1977, devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, une refonte complète de la Sécurité sociale. Il suggère un financement par l'impôt et l'autonomie de caisses dont les conseils d'administration seraient élus au suffrage universel (22). N'y a t'il pas là contradiction ?

L'auteur principal des ordonnances a proposé donc de les abroger. Le système qu'elles ont instauré est toujours en place. Il confère théoriquement à trois Caisses nationales la responsabilité de la gestion financière du régime général. Nous aurons à nous interroger dans une première partie sur la portée réelle des pouvoirs de ces Caisses nationales dans la gestion financière du régime. Car ces pouvoirs se heurtent à une tutelle et des contrôles financiers très étroits que nous étudierons dans une deuxième partie. Nous prendrons ainsi la mesure de la confrontation entre deux conceptions de la sécurité sociale.

- (22) Cf. Le Monde, 14 avril 1977.

PREMIERE PARTIE

LA GESTION FINANCIERE DU REGIME GENERAL

Depuis 1945 jusqu'à 1967 l'évolution de la Sécurité sociale a été caractérisée, outre par la multiplication des régimes et des cas particuliers et une complexité croissante, par la permanence du déficit du secteur des assurances sociales financé par les excédents des prestations familiales et le renforcement progressif de la tutelle étatique.

Le problème du déficit devenant crucial, il fût décidé en 1967 de procéder à une refonte de l'organisation administrative et financière. Cette réforme fut effectuée par ordonnance, conformément à la procédure de l'article 38 de la Constitution. Le Parlement fut amené à ratifier ces ordonnances par une loi du 31 juillet 1968. Sans attendre cette ratification, le gouvernement avait, par des décrets en date du 22 décembre 1967, ainsi que par divers textes particuliers, procédé à la mise en place du nouveau système et de la nouvelle organisation. C'est dire que la loi de ratification n'a apporté que des modifications de détail.

L'idée générale des textes est d'instituer trois branches dorénavant distinctes coiffées par trois Caisses nationales et de confier à ces Caisses la responsabilité de gérer leur branche respective, d'en assurer le financement et, surtout, l'équilibre financier. En revenait-on alors aux principes de 1945 et restituait-on aux intéressés la responsabilité de gérer le régime ? L'étude d'un certain nombre des dispositions mises en place qui limitent fortement cette interprétation, le nombre des dispositions restées inappliquées et l'analyse de l'évolution suivie depuis 1967, permettent une réponse sans équivoque. La réalité des pouvoirs conférés aux Caisses nationales et exercés par elles reste limitée. La réforme a été un échec, il est clair qu'elle n'a pu éviter les déficits ni la continuation de la politique antérieure.

Elle portait cet échec en germe car elle était ambiguë, comportant des éléments propres à restaurer réellement l'autonomie de gestion mais aussi des éléments, trop nombreux, relevant de la conception opposée. Certaines dispositions traduisant la conception défendue par l'administration, d'une Sécurité sociale service public, gérant des fonds publics. On n'a voulu, ou on n'a pas pu effectuer un choix clair entre l'autonomie et l'étatisation. C'était donc une réforme ambiguë et son évolution depuis 1967 s'est effectuée dans le sens des thèses de l'administration.

Nous le constaterons dans cette première partie où, après avoir étudié nécessairement la genèse de la réforme de 1967 dans un titre premier, nous analyserons dans un titre second l'organisation financière du régime général puis, dans un titre troisième son fonctionnement financier, dont la responsabilité incombe aux Caisses nationales.

T I T R E I

UNE REFORME AMBIGUE

S'il nous paraît nécessaire de revenir sur une réforme qui a déjà fait l'objet de maintes études, les raisons en sont multiples. Les ordonnances de 1967 ont dix ans d'existence. Il est donc possible de porter un jugement sur elles. Elles ont mis en place une structure financière qui fonctionne encore de nos jours, mais une réforme est à nouveau imminente et nécessaire.

Nul ne contestait en 1967 qu'une réforme profonde fût urgente. De multiples diagnostics autorisés furent émis et l'on procéda à la mise en vigueur d'un système basé sur une idée générale claire. Il convenait de mettre fin aux anomalies antérieures et de mettre en place des mécanismes aptes à résoudre le problème du déséquilibre des assurances sociales. En un mot l'idée était de restituer aux assurés qui finançaient le régime général la responsabilité de la gestion et de l'équilibre de celui-ci.

Il apparaît clairement que cette réforme n'a pas modifié grand chose, si ce n'est la structure générale du régime. Son auteur, M. JEANNENEY, déclarait quelques années plus tard qu'il fallait abroger les ordonnances, le déficit est à nouveau crucial et l'autonomie des caisses n'est pas plus évidente qu'auparavant. Si donc la réforme de 1967 était une réforme nécessaire, il est non moins clair qu'elle était une réforme insuffisante. Nous verrons en effet dans un chapitre premier les facteurs qui rendaient la réforme nécessaire, leur survivance sera une des raisons qui nous ferons dire dans un chapitre second qu'elle était insuffisante.

CHAPITRE 1

UNE REFORME NECESSAIRE

Jusqu'en 1967, une Caisse nationale de sécurité sociale regroupait au sommet la gestion de tous les risques mais les comptes financiers n'étaient cependant pas confondus. La Caisse nationale gérait trois fonds nationaux : fonds national des assurances sociales, fonds national des prestations familiales et fonds national des accidents du travail (1). Ces fonds étaient distincts en comptabilité mais confondus en trésorerie.

Jusqu'en 1962 aucune disposition ne prévoyait qu'ils devaient être financièrement équilibrés. C'est pourquoi un décret du 6 avril 1962 (2) a institué un certain nombre de mécanismes destinés à éviter des distorsions trop importantes entre les différents fonds. Jusqu'alors en effet, le fond des assurances sociales connaissait un déficit constant et en croissance rapide. Le fonds des prestations familiales connaissait, pour sa part, des excédents en hausse permanente. Ainsi, à la date du 31 décembre 1961 ; le fonds des prestations familiales présentait un excédent de 4,1 milliards de francs. Cet excédent fut alors viré au fonds des assurances sociales. Malgré cela, au 31 décembre 1965, le fonds

- (1) A l'époque, l'assurance vieillesse était regroupée avec l'assurance maladie au sein de la branche Assurances Sociales.
- (2) Décret nº 62-388 - 6 avril 1962 - J.O. 7 avril 1962, p. 3662.

des assurances sociales présentait un déficit de 3,4 milliards alors que le fonds des prestations familiales connaissait encore un excédent de 2 milliards. (3)

C'est pour éviter de tels virements que le décret de 1962 prévoyait que les excédents du fonds des prestations familiales à la clôture de chaque exercice, devaient être intégralement employés à l'amélioration des prestations familiales. Le déficit éventuel des assurances sociales ne pouvait être couvert que par un relèvement du taux des cotisations ou par d'autres ressources. Ainsi, dans le premier secteur les dépenses devaient être adaptées aux ressources et dans le second secteur, les recettes devaient être adaptées aux dépenses.

Il était également prévu de limiter les mouvements provisoires de trésorerie entre les deux secteurs (4). Le montant global des avances que pouvait accorder le fonds des prestations familiales au fonds des assurances sociales ne devait pas excéder 17 p. 100 des dépenses de prestations familiales de l'avant-dernier trimestre civil. Le remboursement devait être effectué au plus tard six mois après la fin de l'exercice. Quant aux découverts du fonds des assurances sociales, ils étaient autorisés mais devaient être régularisés dans le délai d'un mois.

L'ensemble de ces dispositions devait donc théoriquement interdire les transferts de branche à branche. Dans les faits, le plafond ainsi fixé aux avances du fonds des prestations familiales a été atteint au mois d'octobre 1965. Cependant le fonds des assurances sociales a continué à utiliser en trésorerie les excédents des autres fonds, tout en présentant, malgré cela, des découverts croissants. C'est ainsi qu'au 31 octobre 1966 le découvert dépassait 2,5 milliards et que le déficit global du fonds atteignait alors 5,2 milliards. La situation a alors imposé l'octroi de deux avances aux caisses de sécurité sociale par le Trésor, afin de leur permettre de poursuivre le paiement des prestations. Une première avance de 1.500 millions a été consentie en juillet 1966 et une seconde en décembre 1966, d'un montant de 450 millions. Deux décrets ont enfin procédé à un relèvement de la cotisation des employeurs au 1er août 1966, mais la mesure n'a pas été suffisante pour éviter le déficit (5). On était donc parvenu à un stade où il fallait envisager d'autres remèdes que ceux, provisoires, utilisés jusqu'alors.

- (3) Rapport public de la Cour des Comptes sur 1965 - p. 122
- (4) Décret du 8 juin 1946 - modifié par le décret du 6 avril 1962 - articles 84 par. II et III.
- (5) Décret du 27 juillet 1966, J.O. 30 juillet 1966, p. 6561.

La Cour des Comptes, examinant régulièrement le fonctionnement financier de la Sécurité sociale, était amenée régulièrement à faire des constatations identiques. Ainsi, analysant sa situation financière après dix ans de fonctionnement, la Cour constatait que "l'évolution de 1947 à 1956 se caractérisait par l'accroissement progressif du déséquilibre des assurances sociales et par l'évolution inverse des prestations familiales." Mais elle constatait néanmoins que "les résultats cumulés des trois branches (...) dégageaient une tendance à l'équilibre d'ailleurs très récente." (6)

L'analyse de la situation du régime général entre 1955 et 1964, conduisait ultérieurement la Cour à faire des constatations identiques, exception faite des années 1963 et 1964. Cette exception s'expliquant par le rattachement des salariés agricoles au régime général à dater de 1963, rattachement qui a entraîné des modifications dans les données statistiques. Ainsi, depuis les premières années, se produisait le même phénomène : déficit croissant des assurances sociales, comblé par les excédents des autres branches ou un relèvement des cotisations. Des décrets opérant le transfert venaient régulièrement consacrer juridiquement un état de fait. Les dispositions du décret de 1962 n'y avaient rien changé ; elles étaient purement et simplement inappliquées. La Cour des Comptes expliquait alors dans son rapport sur 1965 : "Une telle situation est à la fois la conséquence et la cause du défaut d'application des textes du 6 avril 1962 (...) S'il apparaît que les dispositions prises il y a près de cinq ans ne peuvent dans la pratique recevoir une correcte application, il conviendrait de leur apporter toutes modifications de nature à mettre fin à l'irrégularité des errements actuels." (7) En d'autres termes, la Cour souhaite que le texte soit appliqué tel quel ou après modification. Mais il est en tout cas nécessaire de mettre fin aux pratiques en vigueur jusqu'ici. (8)

En tout état de cause, les prévisions les plus alarmantes étaient faites sur la situation financière de la Sécurité sociale. Le secrétaire d'Etat au budget laissait prévoir pour 1966 un déficit de 1,5 milliard et pour

- (6) Rapport public sur les années 1955-1956 - p. 71 s.
- (7) Rapport sur 1965 - p. 123
- (8) La Sécurité sociale offre des exemples particulièrement abondant de textes restés sans effet car inappliqués. Nous aurons l'occasion d'en citer d'autres particulièrement graves.

1967 de 1,2 milliard seulement mais en raison des mesures déjà citées (9). Selon d'autres sources, les prévisions n'étaient pas plus optimistes. Ainsi en 1966, la commission des prestations sociales du Vº Plan, présidée par M. BORDAZ, conseiller d'Etat, prévoyait pour 1970 un déficit variant entre 5 et 7 milliards. Une commission interministérielle établissant, en 1964, une "introduction à l'étude de l'évolution des recettes et des dépenses de la Sécurité sociale", prévoyait un déficit comparable pour 1970 : de 7 à 8 milliards de francs. (10)

Quoiqu'incertaines, du fait entre autres de l'insuffisance ou de l'imprécision des statistiques en matière de Sécurité sociale (11), ces prévisions ne laissaient pas d'être très alarmantes.

En fait les résultats dépassèrent les prévisions. Le fait est courant en la matière et rejoint la remarque précédente quant à l'imperfection et l'incertitude des statistiques. L'année 1965 se soldait finalement par un déficit de 1.173 millions et l'année 1966 par un déficit de 2,1 milliards (12). La situation par secteur restait conforme à l'évolution antérieure. Les prestations familiales connaissaient respectivement pour 1965 et 1966 un excédent de 598 et 944 millions (13), en augmentation de plus de 50 p. 100. Le secteur des assurances sociales connaissait pour sa part, en 1965 et 1966 un déficit croissant de 1.092 et 2.955 millions. La Cour des Comptes, après les corrections déjà indiquées,

- (9) Déclaration devant l'Assemblée Nationale, le 1er décembre 1966. J.O. Détats Parlementaires nº 107 - 2.12.1966 - p. 5 135.

-(10) Prévision citée par la Cour des Comptes dans son rapport public sur 1964-p.87.

-(11) Il s'agit là d'un problème extrêmement grave que la Cour des Comptes, entre autres, soulève en permanence. Elle relève notamment les discordances entre les données démographiques fournies par les recensements, l'INSEE et l'INED et celles qui émanent des gestionnaires de la Sécurité sociale. "Il semble (...) surprenant que, vingt ans après leur institution, les organismes de Sécurité sociale ne soient pas encore en mesure de connaître plus exactement le nombre de leurs affiliés, qu'ils ignorent (...) la répartition par tranche d'âge de leur ressortissants." Il y a là, très certainement, une des causes de l'inefficacité relative de toute action financière. Et cela explique également la variété parfois impressionnante des estimations avancées par diverses sources, même autorisées.

-(12) Rapport public de la Cour des Comptes sur 1966 - p. 98.

-(13) Ces chiffres sont fournis par le ministère des Affaires Sociales. La Cour des Comptes procède, pour sa part, à des corrections qui prennent en compte les recettes et les dépenses effectuées au cours d'un exercice différent de celui auquel elles se rattachent. Les chiffres de la Cour sont alors de 609 et 920 millions pour les mêmes années - Rapport 1966 - p. 98.

évaluait le déficit à 1.662 et 3.002 millions respectivement.

En prenant en considération les résultats cumulés depuis 1945, le fonds national des assurances sociales présentait ainsi un solde déficitaire de 6,3 milliards. Le fonds des prestations familiales enregistrait un solde excédentaire de 2,9 milliards. Ce déficit des assurances sociales provenait (et la situation se perpétue encore de nos jours) d'un décalage constant et croissant entre la progression des dépenses et celle des recettes. Entre 1954 et 1964 les prestations en nature de l' assurance maladie avaient progressé de 17 p. 100 par an en moyenne, alors que la moyenne de progression des cotisations s'était située à 12 p.100 par an. Encore la progression des prestations avait-elle tendance à s'accélérer : 20 p.100 à la fin de 1964.

Il n'était donc plus possible de continuer la politique suivie jusqu'ici et le transfert systématique des prestations familiales vers les assurances sociales. Ce n'était même plus suffisant. Un accord général se faisait pour constater l'urgence d'une réforme profonde. Ainsi pouvait-on lire dans le rapport public de la Cour des Comptes pour 1965 : "La nécessité d'un plan de redressement n'en apparaît que plus évidente. Celui-ci devrait comporter non seulement des mesures d'économie analogues à celles qui ont été suggérées dans le dernier rapport public ou proposées, dans la même esprit, par la commission des prestations sociales du Plan, mais encore, comme le recommandait également la Cour, la mise en place de mécanismes financiers capables de rétablir, en cas de déséquilibre, la situation des grands secteurs du régime général, et partant, celle de ce dernier, pris dans son ensemble." (14)

En résumé les propositions de la Cour énuméraient plusieurs mesures. Elimination des charges abusives, limitation des charges exagérées et correction des défauts de fonctionnement de la Sécurité sociale. Puis, ultérieurement et sans remettre en cause les principes, prévoir des aménagements propres à assurer une liaison entre le volume des prises en charges et les ressources disponibles. Enfin, au cas où ces mesures se révéleraient insuffisantes, il apparaissait inévitable pour la Cour, de réviser les principes mêmes de l'institution. Mais elle refusait de prendre position sur ce point, considérant qu'il engageait des options politiques échappant à sa compétence.

De nombreuses commissions s'étaient également penchées sur les problèmes de la Sécurité sociale (15).

- (14) Rapport p. 123
- (15) Outre la commission des prestations sociales pour le Vº Plan précitée : la commission Canivet - 1966 ; la commission Friedel - 1965 ; etc...

A ce problème financier, gravement urgent, s'ajoutait un manque général et croissant de confiance dans les structures du régime général. Les conseils d'administration avaient peu à peu perdu l'autonomie dont jouissaient les caisses en 1945. La tutelle exercée par les pouvoirs publics s'était considérablement alourdie et ceux-ci se retrouvaient de fait les véritables gestionnaires du régime. Et cette gestion démontrait ainsi son inefficacité.

Les impératifs de la réforme consistaient tout d'abord à isoler les différents risques afin de mettre en lumière le problème le plus délicat, celui de l'assurance maladie. Il fallait individualiser les modalités respectives de financement puis prévoir des mécanismes susceptibles d'équilibrer financièrement les différentes branches. Il fallait donc avant tout clarifier les comptes, les séparer et éviter le vice fondamental du système précédent, que les excédents d'un secteur compensent les déficits de l'autre, sacrifiant les prestations familiales aux assurances sociales.

S'inspirant de ces motivations, le gouvernement obtenait du Parlement, selon la procédure de l'article 38 de la Constitution, vote de la loi d'habilitation du 22 juin 1967 l'autorisant à procéder par ordonnance à une réforme du régime général de Sécurité Sociale. Ce fut l'objet des ordonnances du 21 août 1967 (16).

Sans cette réforme le déficit du régime général pour 1968 aurait approché 4 milliards. L'équilibre fut rétabli par la création de ressources supplémentaires, par la réduction des dépenses de prestations et de transferts de charges au budget de l'Etat.

Cette réforme était nécessaire. Voyons maintenant à travers son contenu, si elle était suffisante.

- (16) Ordonnances n° 67-706, 67-707, 67-708 et 67-709 - J.O. 22 août 1967 - Ratifiées par la loi n° 68-698 du 31 juillet 1968 - J.O. 2 août 1968

CHAPITRE 2

UNE REFORME INSUFFISANTE

Les ordonnances de 1967 contenaient des mesures diverses. Pour ce qui nous intéresse ici, la première catégorie de mesures est de portée strictement financière, visant au rétablissement immédiat de l'équilibre du régime. Les ressources ont été accrues par un relèvement de 0,50 p.100 de la cotisation des salariés. Un point de la cotisation des salariés et deux points de la cotisation des employeurs sont désormais calculés sur la totalité du salaire. Une cotisation additionnelle aux primes d'assurance automobile est créée pour les régimes d'assurance maladie. Des réductions de dépenses sont ensuite prévues avec un réaménagement des modalités de participation de l'assuré aux soins, baisse des prix des produits pharmaceutiques etc... D'autre part, le budget de l'Etat prend en charge diverses dépenses ou bien y contribue : allocations supplémentaires vieillesse, fonctionnement des services de tutelle, etc...

Le point fondamental de la réforme concerne l'avenir. Quels sont les moyens mis en place pour résoudre définitivement le problème du déficit de la Sécurité sociale ? Telle est la question qui se pose en 1967. Sachant d'ores et déjà, en 1977, que le problème n'a pas été résolu, nous allons voir les institutions mises en place à l'époque.

Les structures administratives du régime général ont été remaniées en 1967 avec l'intention avouée de donner aux représentants des salariés et des employeurs une responsabilité essentielle. Il est clairement indiqué dans les motifs précédant les ordonnances, que "le gouvernement propose une réforme des structures administratives et financières qui peut seule permettre de retrouver et de maintenir de façon durable l'équilibre financier du régime." L'option qui s'ouvrait alors (et s'ouvre encore) résidait entre l'étatisation pure et simple et le retour à l'autonomie. L'étatisation de la Sécurité sociale aurait donné, en droit, aux pouvoirs publics les responsabilités qu'ils détenaient déjà de fait. L'autonomie supposait la restitution de ces responsabilités aux assurés, selon les principes de 1945. Sur le plan des principes, c'est cette dernière solution qui a été retenue.

La réforme a institué trois Caisses nationales distinctes. Selon les motifs des ordonnances, "le système administratif et comptable ne permettant pas la gestion suffisamment individualisée et autonome de chacune des trois branches du régime", la Caisse nationale de sécurité sociale est remplacée par une Caisse nationale d'assurance maladie, une Caisse nationale d'assurance vieillesse et une Caisse nationale d'allocations familiales. Chacune dispose de ressources qui lui sont propres. D'autres solutions étaient concevables. On pouvait maintenir le principe d'une caisse nationale unique en réalisant techniquement la division en son sein. Mais cette solution n'apportant pas de modification très réelle risquait par là même de n'être pas très efficace (1). On pouvait également envisager de décentraliser la responsabilité de la gestion au niveau de chaque caisse locale, une caisse nationale étant ensuite chargée de répartir entre elles le produit des cotisations nationales (2). C'est d'ailleurs la formule appliquée en Allemagne Fédérale. Les taux de cotisations sont variables et les caisses ont des pouvoirs importants dans la définition des prestations. Cette solution a été repoussée "par respect du sentiment d'égalité, plus vif dans l'esprit des français que le sens des responsabilités clairement localisées." (3) Sans doute aussi cette décentralisation très accentuée était-elle difficilement concevable par les pouvoirs publics qui ne souhaitaient pas en fait conférer aux institutions de Sécurité sociale une autonomie réelle.

- (1) Cf. Guillaume - R.F.A.S. - 1971 - p. 85
- (2) Cf. les réponses de M. Jeanneney à M. Dupeyroux : Dr Soc - n° spécial - janvier 1968 - p. 16
- (3) Ce sont les termes mêmes de M. Jeanneney - op. cit.

On a donc choisi la division en trois branches. Mais on a procédé à une redistribution des risques. Ainsi ont été regroupés au sein de la même branche les risques maladie, maternité, invalidité et décès d'une part, accidents du travail et maladies professionnelles d'autre part. L'ensemble de ces risques est géré par la Caisse nationale d'assurance maladie qui coiffe, au niveau national, une organisation pyramidale. A la base, au niveau local 123 caisses primaires (4) dont la circonscription coïncide en principe avec le département, mais certains d'entre eux en comptent plusieurs. Au niveau intermédiaire, 16 caisses régionales dont la circonscription coïncide avec celle des directions régionales de la sécurité sociale, assurent les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires de leur circonscription.

La branche prestations familiales est confiée à une Caisse nationale d'allocations familiales coiffant 115 caisses d'allocations familiales (4) mais il n'existe pas ici d'échelon régional. Le troisième secteur est confié à une Caisse nationale d'assurance vieillesse, aidée par la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg. Particularité de cette branche, les caisses régionales d'assurance maladie assurent à titre provisoire le service des allocations vieillesse sous l'autorité de la Caisse nationale. Cette organisation provisoire installée par le décret du 5 avril 1968 (5) est d'ailleurs toujours en vigueur.

Enfin, une Agence centrale des organismes de sécurité sociale (A.C.O.S.S.) est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches et exerce un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement.

Ainsi devaient être mis en place des organismes suffisamment distincts pour que les différentes branches connaissent une gestion spécifique. Mais l'institution de l'Agence centrale, si elle permit de maintenir l'unité du régime et rendre sans objet certaines critiques qui voyaient dans cette réforme un démantèlement du régime général, appela au contraire des réserves immédiates.

- (4) La partition de la Corse en deux départements a entraîné la création d'une caisse primaire à Bastia pour le département de la Haute-Corse. Une caisse d'allocations familiales a été créée dans le même département et au même siège. Cf. Arrêté 23 avril 1976 - J.O. 6 mai 1976 - p. 2 726.
- (5) Décret n° 68-328 du 5 avril 1968 relatif à l'exercice provisoire des attributions précédemment assumées en matière de vieillesse par les caisses régionales de sécurité sociale - J.O. 12 avril 1968 - p. 3 768.

La séparation des risques avait pour objectif avoué d'interdire à l'avenir les transferts de fonds entre les différentes branches. Comment alors empêcher ces transferts dès lors qu'était reconstituée l'unité de trésorerie au sein de l'Agence ? De fait, depuis 1967, se sont renouvellées ce que M. Dupeyroux appelle les "manipulations traditionnelles". Le déficit de l'assurance maladie est très vite réapparu et est financé par les excédents des allocations familiales, l'ensemble étant confondu en trésorerie. On retrouve donc toujours cette politique de sacrifice des prestations familiales. Sur ce point, il était donc clair que le gouvernement n'allait pas au bout de la logique du système. L'ensemble des fonds des organismes de sécurité sociale sont gérés par l'Agence centrale et déposés à la Caisse des dépôts et consignations. Sans aller peut-être jusqu'à dire que la réforme consacrait la main-mise de l'Etat sur les fonds de la Sécurité sociale, on peut du moins affirmer que rien n'empêchait en 1967 la poursuite des manoeuvres antérieures ce qui fut fait.

Une des autres ambiguïtés de la réforme réside dans la différence des statuts conférés aux Caisses nationales et aux caisses locales. Les Caisses nationales, ainsi que l'Agence centrale sont des établissements publics administratifs. Les organismes de base sont des organismes de droit privé. Or les unes et les autres sont administrées de la même manière, par des conseils composés de représentants des organisations syndicales et professionnelles. En droit, il n'y avait aucune raison de leur conférer un statut différent et la logique aurait voulu que les caisses nationales soient également des organismes de droit privé. D'autant plus que dans les autres régimes, les caisses nationales ont un statut de droit privé : il en est ainsi de la CANAM (commerçants et artisan s). Le problème a donc été soulevé à l'Assemblée Nationale lors du débat sur la ratification des ordonnances, en juillet 1968. Un amendement, qualifiant les Caisses nationales d'établissements de droit privé gérant un service public allait être adopté par l'Assemblée. M. Maurice Schumann, Ministre des Affaires sociales, qui avait remplacé M. Jeanneney l'auteur de la réforme, demanda un délai afin d'étudier le problème avec le ministre des Finances. Comme on pouvait s'y attendre, le problème fut ainsi escamoté définitivement par le gouvernement. La question fut ensuite reprise notamment par MM. Bergeron, secrétaire général de Force Ouvrière et Derlin, président de la Caisse nationale d'assurance maladie lors d'une conférence de presse (6). Un projet de loi était encore déposé dans ce sens au mois

- (6) "Ce statut de droit privé de la Caisse nationale n'a jamais fait de difficulté pour le régime agricole. Il est accordé à la nouvelle caisse nationale des non-salariés qui demande déjà, au nom de la solidarité, une aide à l'Etat. Le refuser au régime général, dont l'Etat s'est toujours servi pour combler le déficit des autres, signifierait qu'on veut continuer de le gruger, qu'on se défie de ses administrateurs. "M. Derlin, Le Monde, 22 janvier 1969.

d'avril 1969, sans résultat. En fait, cette différence de statut ne peut s'expliquer que dans le cadre plus général de l'attitude réelle des pouvoirs publics vis-à-vis du régime général. Le statut d'établissement public des Caisses nationales les soumet à un contrôle très strict de l'Etat, comme celui que connaît tout établissement public administratif. Leur conférer le statut d'organisme de droit privé aurait conduit à poser clairement en principe l'autonomie du système. La situation créée revenait à poser en principe le contrôle sur les Caisses nationales qui, elles, contrôlent les caisses locales. Attitude clairement révélatrice, des intentions réelles ayant présidé à la réforme. C'était montrer clairement que, pour les pouvoirs publics, la Sécurité sociale était avant tout un service public.

Un autre point fondamental de la réforme souleva de vives contestations. Depuis 1967, les conseils d'administration sont composés de façon paritaire, à l'exemple des régimes complémentaires. La gestion des caisses est assurée à égalité de représentation par les employeurs et les travailleurs, les représentants étant désignés par les organisations syndicales et non plus élus comme auparavant (7). La répartition des sièges attribués aux salariés souleva immédiatement des protestations, notamment de la part de la C.G.T. qui n'a cessé depuis lors ses attaques contre le système. Suivie en cela par la C.F.D.T., elle refuse d'ailleurs de participer en déclinant tout poste de responsabilité, reprochant au gouvernement d'avoir purement et simplement repris les idées du C.N.P.F. Ainsi M. Mathevet, élu président du conseil de la Caisse nationale d'allocations familiales, démissionna immédiatement. En instituant le paritarisme au sein des conseils, le gouvernement espérait en quelque sorte obliger les partenaires sociaux à se mettre d'accord (par la force des choses dira M. Melennec) (8) pour prendre les décisions, inciter patronat et salariés à unir leurs efforts. Mais encore fallait-il le faire honnêtement dit M. Dupeyroux (9) et c'est un des reproches que fit la C.G.T. à la répartition des sièges attribués aux syndicats au sein des conseils (10). Le paritarisme aboutit à l'absence de tendance majoritaire dans des conseils où patronat et salariés sont "condamnés à la cohabitation" (11). Ou encore l'argument souvent développé

- (7) Sur les réactions des syndicats : Dr. Soc., 1968, p. 3s.
- (8) L. Melennec - Le régime général de la SS - 1970, p. 11
- (9) J.J. Dupeyroux - Le Monde, 1er février 1973.
- (10) Les syndicats CGT et CFDT sont en effet nettement sous-représentés, si l'on prend en considération les résultats des élections aux comités d'entreprise :

	sièges	- Elections 1966 -	1970
CGT	3	50,8 %	45 %
CFDT	2	19,1 %	19,6 %
FO	2	8 %	7,3 %
CFTC	1	2,4 %	2,7 %
CGC	1		5,5 %
autres			7 %

- (11) J.J. Dupeyroux - Le Monde, 1er février 1973.

par les syndicats de salariés met en avant la présence d'un délégué C.G.C. naturellement porté à adopter les positions du patronat. Ainsi, la composition des conseils et le paritarisme étaient-ils vivement critiqués dès le départ. Il y avait également là un argument supplémentaire contre le caractère d'établissement public conféré aux Caisses nationales.

M. Mitterrand résumait l'opinion de l'opposition, en déclarant le 10 octobre 1967 à l'Assemblée Nationale, que le gouvernement se bornait à dégager ses responsabilités et dire aux représentants des partenaires sociaux : débrouillez-vous.

La question de la structure des conseils d'administration avait d'autant plus d'importance que les dispositions des ordonnances confiaient à ces conseils des responsabilités importantes. Nous avons vu exposées dans les motifs précédant les ordonnances les intentions présidant à la réforme. Il s'agissait de restituer aux assurés les responsabilités qui étaient les leurs initialement dans le plan de 1945. Dans le système mis en place en 1967, les conseils d'administration recevaient la responsabilité de la gestion de leur branche : gestion des différents fonds nationaux, répartition des fonds entre les caisses par un système de dotations, pouvoirs de contrôle sur les caisses locales, etc... (12). La réforme comportait encore une innovation fondamentale, en confiant à la Caisse nationale d'assurance maladie la responsabilité du rétablissement de l'équilibre financier du risque maladie. A cet effet, le conseil avait le pouvoir, sous certaines conditions, de rétablir l'équilibre par modification du taux des prestations ou augmentation des cotisations. Pouvoirs considérables accordés aux conseils (s'ils avaient été effectivement appliqués) et expliquant en partie les débats autour de leur composition.

Cet ensemble de remarques sur la structure du régime mis en place en 1967, tend à démontrer déjà que sur ce plan les auteurs de la réforme n'avaient pas l'intention de mettre en application tous les principes proclamés. L'institution d'une Agence centrale annulait les effets de la séparation des risques, les Caisses nationales étaient dès l'abord placées sous le contrôle étroit des pouvoirs publics par leur statut, enfin, la structure des conseils d'administration était faussée. On retrouvera dans l'analyse des pouvoirs réels confiés aux organismes du régime général la même absence de volonté de rétablir l'autonomie du système.

- (12) Tous ces pouvoirs seront étudiés dans les chapitres suivants et nous en verrons la portée réelle.

Au niveau du fonctionnement en effet, nous ferons ici seulement quelques remarques qui seront développées ultérieurement, mais qui complètent les remarques précédentes.

S'il avait voulu jouer normalement le jeu et confier effectivement aux caisses nationales les responsabilités inscrites dans les textes, il fallait que le gouvernement se défasse de tous les moyens de contrôle a priori à sa disposition sur les décisions des caisses. Ce ne fut pas le cas. La mise en oeuvre de la réforme impliquait une redéfinition globale des attributions réelles des organismes et de l'Etat, une redéfinition et une limitation de la tutelle. En un mot, remettre en vigueur la distinction initiale entre gestion et contrôle.

Il fallait enfin, et ce point est complémentaire, prendre les textes permettant l'application intégrale de la réforme. Les dispositions fondamentales des ordonnances exigeaient des textes d'application qui ne furent jamais pris. On pouvait s'y attendre après les remarques qui viennent d'être faites. Ainsi, en conclusion, des structures ont été mises en place en 1967, elles fonctionnent encore et il va nous falloir les analyser, malgré les hypothèques qui pèsent sur elles puisque un communiqué de la Présidence de la République, le 4 avril 1977, précise en des termes qui rappellent étrangement ceux de 1967 : "l'objectif du gouvernement est d'assurer de façon durable cet objectif (l'équilibre de la Sécurité sociale) (...) en faisant appel à la responsabilité des différents partenaires du système de santé..."

TITRE II

L'ORGANISATION FINANCIERE DU REGIME GENERAL :

DIVISION DES COMPTES ET UNITE DE TRESORERIE

Si l'organisation financière du régime général a été remaniée en 1967, c'est que, comme le remarque le rapport au Président de République précédant les ordonnances, "Il a été noté que cette évolution mettait en cause un système administratif et comptable qui ne permet pas la gestion suffisamment individualisée et autonome de chacune des trois branches du régime (assurance maladie, assurance vieillesse et prestations familiales)...". Aussi bien, les ordonnances de 1967 instituent, selon les termes de ce même rapport, "trois caisses nationales distinctes, chargées respectivement de la couverture de la maladie, de la vieillesse et des charges familiales. A chacune des caisses nationales sont affectées des ressources déterminées comprenant essentiellement des cotisations assises sur les salaires."

Première réalisation de la réforme, donc, une division des risques dans le but d'assurer une gestion individualisée et autonome de chacune des branches et donc d'éviter les transferts financiers de branche à branche.

Mais le rapport ajoute : "Afin de ne pas briser l'unité du régime général de sécurité sociale, cette première ordonnance crée une agence centrale des organismes de sécurité sociale, chargée de la gestion commune de la trésorerie de l'ensemble des organismes de sécurité sociale. "Par conséquent, les

fonds de chacune des branches, distincts en comptabilité, sont confondus dans une trésorerie unique. Ainsi, dès l'abord, on a pu penser que la réforme n'atteindrait pas un de ses objectifs essentiels et n'éviterait pas les transferts entre branches. C'est bien ce qui s'est produit.

Cette organisation financière a été précisée par un ensemble de décrets du 22 décembre 1967. Le premier décret organise la structure financière de chacune des branches, le second est relatif à l'agence centrale, quant au troisième il fixe l'organisation administrative des caisses et notamment les pouvoirs des conseils d'administration (1).

La loi de ratification du 31 juillet 1968 modifie en partie les dispositions des ordonnances et des décrets, mais non l'architecture générale de l'ensemble.

Nous envisagerons donc successivement l'organisation financière de chacune des trois branches avant d'étudier la trésorerie commune, c'est-à-dire l'Agence centrale.

(1) Décrets n° 67-1230, 67-1231 et 67-1232 du 22 décembre 1967 - J.O. 30 décembre 1967.

C H A P I T R E 1

LA SEPARATION COMPTABLE DES RISQUES

Cette organisation fixée par les décrets de 1967 repose sur l'existence de fonds nationaux. Chacune des trois caisses nationales gère un certain nombre de fonds nationaux retracant les opérations de recettes et de dépenses relatives aux attributions des caisses. En effet les trois caisses nationales n'assurent pas uniquement le service des prestations maladie, famille ou vieillesse. Elles remplissent également un certain nombre de missions, variables selon les branches : action sanitaire et sociale, prévention des accidents du travail par exemple. Elles jouent ces rôles par le moyen de ces fonds nationaux.

L'organisation est donc différente selon la branche concernée. Mais on peut déjà dégager quelques points communs. De façon générale c'est le conseil d'administration de la caisse nationale qui gère les fonds. Le décret du 22 décembre 1967 pose le principe que "le conseil d'administration de chaque caisse nationale règle par ses délibérations les affaires de la caisse" et que "le conseil d'administration de chaque caisse nationale assure la gestion des fonds nationaux relevant respectivement de cette caisse." (1)

- (1) Décret 67-1232, précité - art. 25

Cependant un décret du 6 janvier 1969 a donné la possibilité au conseil de déléguer à des commissions le pouvoir de gérer les fonds. Les caisses nationales ont usé de cette possibilité de façon variable. Dans ce cas le conseil conserve bien entendu la responsabilité de la définition des principes généraux de la politique menée par la caisse.

La procédure budgétaire est classique. Chaque année, le directeur de la caisse nationale établit un projet d'état prévisionnel en ce qui concerne les fonds assurant le service des prestations. Les autres fonds donnent lieu à l'établissement de projets de budgets. Ces états et budgets sont ensuite examinés et votés par les conseils d'administration : "Il arrête notamment les états prévisionnels et les budgets afférents à ces divers fonds." (2). La procédure est identique dans le cas éventuel de budgets rectificatifs.

Le conseil d'administration est encore amené à délibérer sur le rapport établi par le directeur de la caisse, rapport relatif au fonctionnement administratif et financier de la caisse nationale et de la branche qu'elle gère. Ce rapport fait donc le point sur l'exercice écoulé, les résultats financiers et les problèmes posés.

Il faut déjà noter un point fondamental, sur lequel nous aurons à revenir plus longuement, concernant ces budgets et états prévisionnels. Comme toute décision des organismes nationaux, ces documents une fois adoptés sont communiqués aux ministres de tutelle : ministre chargé de la Sécurité sociale et ministre des Finances. Ceux-ci peuvent y faire opposition dans les vingt jours suivant la communication. Ces deux ministres ont donc un pouvoir de veto, de contrôle a priori sur la gestion des fonds nationaux.

Nous allons donc étudier les différents fonds nationaux par branche, puisque leur nombre en est variable.

La branche assurance maladie comprend en effet : un fonds national de l'assurance maladie et un fonds des accidents du travail qui assurent le service des prestations, puis un fonds du contrôle médical, un fonds de prévention des accidents du travail, un fonds d'action sanitaire et sociale et un fonds de la gestion administrative. C'est en effet la Caisse nationale d'assurance maladie qui a reçu des ordonnances les attributions les plus étendues.

- (2) Décret nº 67-1232 - art. 25 précité.

La branche allocations familiales comprend : un fonds des prestations familiales assurant le service des prestations, puis un fonds d'action sanitaire et sociale et un fonds de la gestion administrative.

La branche allocations vieillesse comprend enfin un fonds d'assurance vieillesse, un fonds d'action sanitaire et sociale et un fonds de la gestion administrative.

SECTION 1 - L'assurance maladie

L'ordonnance de 1967 a confié à la Caisse nationale d'assurance maladie la gestion des risques maladie, maternité, invalidité et décès d'une part et des accidents du travail et maladies professionnelles d'autre part. A ces deux risques correspondent deux fonds nationaux qui retracent les opérations relatives aux prestations.

L'article 2 de l'ordonnance a également attribué à la Caisse nationale d'assurance maladie le soin de contribuer à la prévention des accidents du travail, d'exercer une action sanitaire et sociale et d'organiser et diriger le contrôle médical. Trois fonds nationaux retracent les opérations relatives à ces activités.

Enfin, un fonds national de la gestion administrative retrace les recettes et les dépenses de fonctionnement et investissement administratifs.

Nous aborderons l'étude de ces différents fonds nationaux en distinguant d'une part les fonds relatifs au service des prestations qui sont, bien sur, les plus importants et constituent l'instrument essentiel de réalisation de la mission de la caisse nationale, et d'autre part les autres fonds, qui retracent des activités annexes et posent des problèmes moins graves.

I - Les fonds relatifs aux prestations

Le fonds national de l'assurance maladie et le fonds national des accidents du travail sont ceux par l'intermédiaire desquels la caisse nationale va remplir l'essentiel de sa mission : le service des prestations. Le fonds des accidents du travail posera moins de problèmes car, nous le verrons, les cotisations sont fixées en fonction des dépenses. Il sera donc facile à équilibrer. Par contre, le fonds de l'assurance maladie, assure la gestion du risque qui pose les problèmes de la Sécurité sociale, c'est le secteur qui est en déficit depuis l'institution d'un régime de Sécurité sociale. C'est donc à son niveau que se trouve l'essentiel des problèmes financiers du régime.

Le conseil d'administration de la caisse nationale a confié le soin de gérer ces fonds à une commission de l'assurance maladie, composée de six représentants des salariés et six représentants des employeurs. La commission a reçu délégation pour traiter des affaires intéressant le service des prestations maladie et accidents du travail. C'est également elle qui donne les avis requis au ministre chargé de la Sécurité sociale (3) sur les matières relevant de la compétence de la caisse. La commission a également reçu délégation pour les questions concernant la gestion du corps des praticiens conseils chargés du service du contrôle médical.

Il résulte formellement des textes que les deux fonds doivent être équilibrés en recettes et en dépenses (4). C'est un des objectifs fondamentaux de la réforme. Les conseils ont reçu dans ce but un certain nombre de pouvoirs qui seront examinés plus loin.

Nous allons donc envisager successivement ces deux fonds, tant pour les recettes que pour les dépenses qu'ils retracent. Mais nous ne traiterons pas dans ce cadre le problème du calcul et de l'attribution des dotations aux caisses locales, dépenses pourtant primordiales des fonds, mais qui seront à envisager dans le cadre plus général des responsabilités financières confiées aux caisses nationales par la réforme.

A- Le fonds national de l'assurance maladie

Il retrace les opérations relatives à la gestion du risque maladie. Son organisation comptable permet de distinguer les catégories d'assurés relevant du régime général ; il est ainsi divisé en sept sections comptables comme le montre le tableau suivant :

Gestions comptables	Catégories d'assurés
M A	- 1 - Assurés du régime général proprement dit
M B	- 2 - Fonctionnaires de l'Etat général, agents des collectivités locales, agents relevant du statut national des industries électriques et gazières
M C	- 3 - Etudiants
M D	- 4 - Invalides de guerre
M E	- 5 - Praticiens et auxiliaires médicaux
M F	- 6 - Assurés volontaires
M G	- 7 - Artistes peintres, sculpteurs et graveurs

- (3) Il s'agissait du ministre du Travail jusqu'au 29 mars 1977. Depuis le 30 mars, il s'agit du ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale , Mme Simone Veil.
- (4) Art. 2, ord. 67-706 - Art. 3 et 7, décret 67-1230.

En ce qui concerne les assurés du régime général et les assurés volontaires (gestion MA et MF) des comptes distincts permettent de suivre les opérations relatives aux soins de santé d'une part et aux incapacités de travail et aux décès d'autre part. Dans la gestion MF des comptes distincts permettent de retracer les opérations relatives aux différentes catégories d'assurés volontaires.

Particularité de ce fonds, outre les recettes et les dépenses relatives au risque, il retrace des opérations de compensation entre le régime général et les autres régimes de sécurité sociale. Certaines compensations étaient effectuées depuis 1963, mais une compensation générale a été instituée par la loi de finances pour 1974, dans son article 28.

1 - Les recettes et dépenses relatives au risque

L'essentiel des recettes du fonds est constitué par des cotisations prévues aux articles 13 et 14 de l'ordonnance 67-706.

La première cotisation, prévue par l'article 13 de l'ordonnance est perçue sur le salaire de l'assuré. La réforme a introduit une innovation en ce que la cotisation est assise en partie sur le salaire dans la limite d'un plafond et en partie sur la totalité du salaire. En second lieu, cette cotisation est d'une part à la charge de l'assuré, d'autre part à la charge de l'employeur.

Depuis le décret du 29 septembre 1976 (5) le taux de la cotisation est fixé comme suit : 17,95 % soit 13,45 % à la charge de l'employeur et 4,50 % à la charge du salarié. Le calcul de la cotisation est effectué à concurrence de 13,95 % dans la limite du plafond (10,95 % en ce qui concerne l'employeur et 3 % en ce qui concerne le salarié). A concurrence de 4% le calcul est effectué sur la totalité du salaire, soit 2,5 % en ce qui concerne l'employeur et 1,5 % en ce qui concerne le salarié ou assimilé.

Le fonds reçoit, en fait en recette une fraction de cette cotisation. Chaque année, des arrêtés ministériels fixent la limite maximum des prélèvements sur cotisations qui pourront être affectés aux différents fonds gérés par la caisse. C'est ensuite le conseil d'administration qui, dans la limite de

- (5) Décret 76-894 du 29 septembre 1976 - J.O., 30 septembre 1976, p. 5782.

ces maxima , fixera le pourcentage affecté aux fonds.

Ainsi, pour l'année 1973, un arrêté ministériel du 18 avril 1974 avait fixé les recettes du fonds de l'assurance maladie à : 100 % des cotisations du régime étudiants, 92,95 % des cotisations du régime des praticiens et auxiliaires médicaux et 91,74 % des cotisations des autres régimes. Dans ces limites, le conseil d'administration a fixé le prélèvement affecté au fonds de l'assurance maladie à 91,74 % des cotisations (6).

Le problème qui se pose ici est donc clair. Les décisions ne peuvent intervenir que tardivement, après la clôture de l'exercice, lorsque le montant des cotisations perçues est connu (7). C'est d'ailleurs pourquoi il n'est établi pour ce fonds qu'un état prévisionnel des recettes et dépenses. En définitive, est affecté au fonds maladie le solde de la cotisation après prélèvement de ce qui est affecté aux autres fonds gérés par la caisse.

Autre innovation de l'ordonnance de 1967, le fonds de l'assurance maladie perçoit le produit d'une cotisation, instituée par l'article 14 de l'ordonnance, qui est assise sur les primes d'assurance ou cotisations dues au titre de l'assurance automobile obligatoire. L'idée qui a présidée à cette institution consiste à demander aux propriétaires de "véhicules terrestres à moteur" de supporter une fraction du coût des risques de circulation pour la sécurité sociale. D'une façon générale, si l'idée a été considérée comme excellente, les auteurs regrettent que le système ne soit pas étendu et que des cotisations ne soient pas également perçues sur l'alcool et le tabac. Selon une estimation de M. PONIATOWSKI, la charge imposée par l'alcoolisme au régime général serait de l'ordre de 10 milliards. Il proposait ainsi l'affectation des droits sur l'alcool, évalués à 1.300 millions, au budget de la sécurité sociale (8). Le produit de la cotisation sur les primes d'assurance est généralement considéré comme insuffisant. Il conviendrait de le relever. Le taux en est fixé à 3% des primes ou cotisations d'assurance et le produit en est réparti entre les régimes d'assurance maladie obligatoire. Le fonds reçoit ainsi pour sa part 75,66 % du produit des cotisations instituées par l'article 14 de l'ordonnance (9).

- (6) Source : rapport d'activité de la caisse nationale pour 1973.
- (7) L'arrêté fixant les prélèvements affectés aux autres fonds intervient généralement très tardivement, après la clôture de l'exercice. Exemple : A. 2 janvier 1975 pour 1974.
- (8) M. Michel PONIATOWSKI était alors ministre de la Santé publique. Ces déclarations figurent dans Sud-Ouest, 25 septembre 1973.
- (9) Arrêté du 31 janvier 1977 portant répartition pour 1976 du produit des cotisations instituées par l'article 14 de l'ordonnance 67-706. J.O. 5 février 1977 - p. 770.

Il revient encore au fonds en recettes, le produit de taxes et contributions prévues par la législation, ainsi : contribution du fonds national de solidarité, vignettes pharmaceutiques, recours contre tiers ou remboursement par l'Etat des prestations servies aux invalides de guerre (10).

Les dépenses du fonds sont constituées par les dotations accordées aux caisses, voire les subventions et avances qui peuvent leur être accordées (11). Il s'agit là de l'essentiel des dépenses mais des charges diverses sont assumées par le fonds en vertu des lois ou règlements en vigueur. Le détail figure dans le tableau ci-après.

EVOLUTION DES RECETTES DU F.N.A.M.

	1968	1969	1970
COTISATIONS			
Cotisations du régime général	17.490,7	20.768,6	23.883,6
" fonctionnaires et ouvriers Etat	1.608,6	2.214,6	2.355,9
" agents des collectivités locales, E.D.F. - G.D.F.	640,4	745,6	828,1
" étudiants (financement du régime)	60,9	78,8	82,2
" invalides de guerre (fin régime)	178,0	201,2	230,8
" assurés volontaires	266,0	98,7	259,7
" régimes divers	35,9	40,9	71,7
" salariés agricoles	602,7	743,5	844,3
" S.N.C.F.	-	-	-
" marins	-	-	-
" mineurs	-	-	-
" R.A.T.P.	-	-	-
TAXES ET RECETTES DIVERSES			
Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile	72,0	164,3	165,9
Vignettes pharmaceutiques	43,0	109,0	40,3
Contribution du Fonds National de Solidarité	-	-	13,0
Recours contre tiers (régimes spéciaux)	-	-	-
Recettes techniques diverses	0,7	1,9	1,3
Prélèvements sur recettes techniques			
TOTAL en millions de Francs	20.998,2	25.168,1	28.776,8

- (10) Sur le détail des recettes et leur montant, cf. tableaux ci-dessus et p. 54.
- (11) Les dotations seront étudiées plus loin, Titre 3, Chapitre 1

EVOLUTION DES RECETTES DU F.N.A.M. (Suite)

	1971	1972	1973	% de variation 1973/1972
COTISATIONS				
Cotisations du régime général.....	28.420,4	31.904,5	37.292,3	+ 16,9
" fonctionnaires et ouvriers Etat..	2.784,4	3.177,6	3.420,1	+ 7,6
" agents des collectivités locales, E.D.F. - G.D.F.....	1.065,5	1.250,8	1.419,5	+ 13,5
" étudiants (financement du régime)	73,4	111,6	111,0	- 0,5
" invalides de guerre (fin régime).	251,0	283,1	308,9	+ 9,1
" assurés volontaires.....	324,3	339,8	387,0	+ 13,9
" régimes divers.....	41,9	203,3	250,7	+ 23,3
" salariés agricoles.....	950,7	1.157,9	1.390,4	+ 20,1
" S.N.C.F.....	555,7	600,0	662,5	+ 10,4
" marins.....	-	133,2	140,3	+ 5,3
" mineurs.....	-	361,6	367,5	+ 1,6
" R.A.T.P.....	-	95,2	105,2	+ 10,5
TAXES ET RECETTES DIVERSES				
Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile.....	192,8	224,3	229,9	+ 2,5
Vignettes pharmaceutiques.....	11,5	12,8	13,3	+ 3,9
Contribution du Fonds National de Solidarité.	102,7	106,0	111,9	+ 5,6
Recours contre tiers (régimes spéciaux).....	6,8	12,9	15,1	+ 17,1
Recettes techniques diverses.....	1,7	14,3	17,7	+ 23,8
Prélèvements sur recettes techniques.....		- 170,9	- 230,1	+ 34,6
TOTAL en millions de Francs.	34.782,8	39.818,0	46.013,2	+ 15,6

Les éventuels excédents des ressources sur les charges en fin d'exercice sont versés à un fonds de réserve de l'assurance maladie. En cas de déficit, il est prévu d'y remédier soit par un prélèvement sur ce fonds de réserve soit par des mesures plus radicales consistant en une modification du taux des prestations ou une augmentation des cotisations. C'était là un pouvoir considérable confié aux conseils. Nous verrons ultérieurement que ces dispositions sont restées inappliquées.

2 - Les opérations de compensation

Au nombre des dépenses supportées par le fonds figurent des opérations de compensation entre régimes de Sécurité sociale. Il convient d'en rappeler le principe. Un régime d'assurance constitue un système de compensation dans lequel les dépenses couvrant les risques sont financés par les recettes versées par les personnes exemptes du risque dans le même instant. Le régime général d'assurance maladie assure ainsi une compensation à divers niveaux : entre malades et bien-portants, actifs cotisants et inactifs non cotisants, célibataires et familles, branches à niveau moyen de salaire élevé et branches à niveau moyen plus faible, etc...

Les institutions de Sécurité sociale comprennent, outre le régime général des salariés de l'industrie, du commerce et de l'artisanat, des régimes particuliers qui comportent une intervention partielle de l'organisation générale pour une partie des prestations et enfin, des régimes spéciaux ayant une

organisation propre, totalement indépendante de l'organisation générale et compétente pour l'ensemble des prestations. Or, du fait des migrations socio-professionnelles, la situation démographique de certains de ces régimes se détériore régulièrement (12). Le rapport entre les cotisants et les bénéficiaires, base même du régime, se détériorant, le rendement des cotisations diminue mais il doit supporter la charge des inactifs et des pensionnés notamment.

Evolution des effectifs de cotisants
des principaux régimes sociaux

	milliers de cotisants		
	1969	1973	1974 (prévisions)
Salariés			
- Régime général	12 311	13 300	13 460
- Salariés agricoles	894	790	760
- Fonctionnaires	1 612	1 720	1 770
- Mines	178	142	139
- S.N.C.F.	300	279,5	275
- E.G.F.	120	129,5	130
- Marins	80	78	76
Non salariés			
- ORGANIC (prof. ind. et commerc.)	877	782,6	770
- CANCAVA (prof. artis.)	567	576,5	572
- Exploitants agricoles	2.774	2.477,8	2.501

Source : Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale, par M. Alloncle, député - J.O. Documents de l'Assemblée Nationale, n° 1 227. 1974

On voit ainsi que les régimes des mines, de la SNCF, des salariés agricoles et des travailleurs indépendants entre autres, ont été victimes de

- (12) Cf. tableau ci-dessus.

cette évolution. Les actifs cotisants qui ont quitté ces secteurs sont venus grossir l'effectif du régime général des salariés et des fonctionnaires. De là l'idée de corriger les écarts de démographie par des transferts financiers. C'est d'ailleurs ce que reconnaissait le Président de la Caisse nationale d'assurance maladie : "les gestionnaires du régime général reconnaissent que l'évolution démographique crée pour certains régimes des difficultés financières (...) et justifie l'institution de mécanismes de solidarité entre les différents régimes de Sécurité sociale." (13)

Dans un premier temps, à partir de 1963, des opérations de compensation ont été établies et le régime général a du prendre en charge le déficit de certains régimes spéciaux : ainsi pour 1973, le fonds d'assurance maladie a dû assumer une charge supplémentaire de 1.928 millions de francs (14). Ces régimes spéciaux sont ainsi considérés comme faisant partie intégrante du régime général, ils bénéficient de la compensation interne au régime général.

Mais, depuis l'article 28 de la loi de finances pour 1974, une compensation générale a été instituée et ceci, malgré l'opposition unanime des syndicats et des conseils d'administration des caisses nationales.

Les transferts effectués au titre de la compensation instituée avant 1974 au titre des régimes des salariés agricoles, des marins, des mineurs, des agents de la SNCF et de la RATP, ont représenté pour 1974 une charge de 2 154 millions de francs. L'extension des mécanismes compensateurs réalisée par les mesures prises en 1973, en faveur des régimes des militaires et des travailleurs indépendants, a entrainé une dépense de 1 002 millions de francs (15). Cependant comme l'avaient prévus les textes, 905 millions ont été couverts par affectation au régime général du produit du droit de fabrication sur les alcools. Le fonds national de l'assurance maladie à ainsi supporté à ce titre 2 252 millions de francs (16).

- (13) Cité par M. Alloncle, rapport précité, p. 11.
- (14) Pour 1972, la charge était de 1 721 millions. Le détail pour 1973 figure dans le tableau ci-après, p. 52 , extrait du rapport d'activité de la caisse nationale d'assurance maladie - 1973.
- (15) Arrêté interministériel du 18 décembre 1975 - J.O. 10.01.1976 - p. 326. Le montant exact imputé sur le FNAM est de 1.001.838.676 F.
- (16) Source - Rapport de la Cour des Comptes sur 1974 - p. 100.

	SALARIES AGRICOLES	AGENTS de la S.N.C.F.	MINEURS	MARINS	AGENTS de la R.A.T.P.
Textes	Art. 9 Loi de finances pour 1963 Décret N°63.334 du 2.4.63	Art. 32 Loi de finances pour 1971 Décret N° 71.399 du 25.5.71	Art. 73 Loi de finances pour 1972 Décret N° 72.971 du 27.10.72	Art. 73 Loi de finances pour 1972 Decret N° 72.977 du 27.10.72	Art. 73 Loi de finances pour 1972 Décret N° 72.972 du 27.10.72
Prestations couvertes par la compensation	Prestations légales d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès.	Partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues aux livres III et XI du Code de la Sécurité Sociale			
Recettes des comptes de compensation	- Cotisation « technique » . salariés agricoles : 11,20 % (dont 3 % sur totalité du salaire) . salariés des professions connexes : 13,70 % (dont 3 % sur totalité du salaire) - Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile - Subvention du F.N.S.	- Cotisations : taux bruts : agents en activité : 11,85 % (dont 3 % sur totalité des rémunérations) retraités 3 % (dans la limite du plafond) taux nets : 8,85 x 0,9174 = 8,12 % sur salaires dans la limite du plafond (en 1973) 3,00 x 0,9174 = 2,75 % sur totalité des salaires et pensions dans la limite du plafond - Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile - Recours contre tiers	- Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile - Recours contre tiers - 30 % du solde du compte des œuvres sanitaires du régime minier	- Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile - Recours contre tiers	- Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile - Recours contre tiers
Charges des comptes de compensation	- Ensemble des prestations légales	Prestations versées par la Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F. : - Paiement des dépenses de la Caisse de Prévoyance affectées de coefficients égaux aux valeurs correspondantes des taux R/R' - Dépenses du service médical correspondant à la médecine de soins (abattement correspondant au T.M. moyen du Régime Général).	Prestations afférentes aux soins dispensés par praticiens rémunérés forfaitairement : - Prestations dispensées dans des œuvres sanitaires du régime autres que salles de consultations ou établissements à prix de journée - Prestations remboursées dans d'autres conditions : paiement des dépenses du régime minier sur base du tarif de responsabilité du régime général et affectées de coefficients égaux aux valeurs correspondantes des taux R/R'	- Remboursement à l'ENM du montant des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité versées aux salariés ou supportées par un tiers application des articles 79 à 86 du Code du Travail Maritime	- Prestations en nature versées par la R.A.T.P. aux agents en activité ⟶ R/R' - Soins médicaux et paramédicaux dispensés par la Régie aux agents en activité : remboursement de la médecine de soins (abattement correspondant au T.M. moyen du Régime Général) - Prestations en nature versées par la Caisse de Coordination : remboursement de l'intégralité du montant des prestations

COMPTES 1973 (en millions de francs)

Produits					
- Cotisations	1.390,3	662,5	367,5	140,3	105,2
- Taxe additionnelle aux primes d'assurance automobile	11,7	6,2	5,1	1,1	0,8
- Recours contre tiers	□□	7,8	5,8	0,9	0,6
- Contribution du F.N.S.	25,9	□□	□□	□□	□□
- Autres recettes	□□	□□	13,1	□□	□□
- Prélèvements sur recettes techniques	— 7,8	□□	□□	□□	□□
- Profits sur exercices antérieurs	□□	5,3	□□	2,9	□□
TOTAL	1.420,1	681,8	391,5	145,2	106,6
Charges					
- Prestations	2.235,4	1.249,1	832,7	206,0	136,0
- Charges sur exercices antérieurs	2,0	□□	12,2	□□	□□
TOTAL	2.237,4	1.249,1	844,9	206,0	136,0
RESULTATS NETS	— 817,3	— 567,2	— 453,4	— 60,8	— 29,4

3 - Résultats financiers du fonds

Pour l'année 1972, le fonds connait un déficit de 1.741,8 millions. Pour 1973, il est en déficit de 1.947,4 millions.

Ces déficits se décomposent ainsi :

- Régime général et régimes rattachés
  1972 : - 20,2 millions
  1973 : - 19,4 millions

- Régimes spéciaux : la gestion des salariés agricoles est déficitaire :
  1972 : - 790,3 millions
  1973 : - 817,3 millions

La compensation avec les autres régimes spéciaux fait également apparaître un déficit croissant :
  1972 : - 931,3 millions
  1973 : - 1.110,8 millions, soit une augmentation de 19,3 %

Ainsi, au total, la seule compensation laisse à la charge du fonds, en 1973, une somme de 1.928 millions. Elle est donc la cause du déficit de la branche assurance maladie.

1973

RESULTATS DU FONDS NATIONAL DE L'ASSURANCE MALADIE

ENSEMBLE DES GESTIONS

DEBIT

Libellé des Opérations	Sommes
Institut National de la Statistique	987.777,70
Total des travaux, fournitures et services ext.	*987.777,70*
Dotations aux C.R.A.M.	609.782.194,85
Dotations aux C.P.A.M.	42.082.667.260,52
Dotations aux C.G.S.S. des D.O.M.	389.125.728,17
Prestations aux salariés agricoles	2.235.360.935,58
Prestations Agents de la S.N.C.F.	1.249.122.000,00
Prestations Régime Minier	832.721.860,00
Prestations Agents de la R.A.T.P.	136.041.897,40
Prestations Gens de Mer	206.054.591,00
Dépenses - Accords Internationaux	15.181.716,98
Dépenses - Accords de la C.E.E.	72.163.892,78
Dépenses - Coordination avec le Régime Algérien	77.568.618,83
Remboursement à la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale	16.609.142,65
Dépenses Techniques diverses	16.892.791,55
Total des dépenses techniques	*47.939.390.730,29*
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION	47.940.378.507,99
Pertes sur exercices antérieurs	28.506.848,57
Pertes exceptionnelles	14.263,37
TOTAL DES PERTES	28.521.111,94
Total pour balance	47.968.899.619,93

COMPTABLES

CREDIT

Libellé des Opérations		Sommes
Cotisations		45.855.447.180,09
- Régime général	37.282.347.722,51	
- Fonctionnaires, Agents des Collectivités Locales, E.D.F., G.D.F.	4.839.582.629,34	
- Etudiants	110.988.671,47	
- Invalides de guerre	308.929.632,35	
- Praticiens et Auxiliaires médicaux	248.094.684,45	
- Assurés volontaires	388.883.187,87	
- Artistes	2.845.125,43	
- Salariés Agricoles	1.390.360.032,28	
- Agents de la S.N.C.F.	662.535.084,00	
- Régime Minier	367.476.812,00	
- Agents de la R.A.T.P.	105.201.017,29	
- Gens de Mer	140.302.781,00	
Prélèvements sur recettes techniques		- 230.092.315,48
Contribution du Fonds National de Solidarité		
- Régime général	86.000.000,00	
- Salariés agricoles	25.888.011,40	111.888.011,40
Taxe additionnelle aux primes d'Assurance Automobile		228.903.865,50
Vignettes pharmaceutiques		13.253.600,00
Recours contre tiers		15.120.323,29
Recettes techniques diverses		17.687.357,69
Total des recettes techniques		*46.013.188.122,51*
TOTAL DES PRODUITS D'EXPLOITATION		46.013.188.122,51
Profits sur exercices antérieurs		8.266.899,00
Profits exceptionnels		-
TOTAL DES PROFITS		8.266.899,00
Résultat net déficitaire		*1.947.444.596,42*
Total pour balance		47.968.899.619,93

B - Le fonds national des accidents du travail

Par l'intermédiaire de ce fonds, la Caisse nationale d'assurance maladie assure le financement du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Selon l'article 2 de l'ordonnance de 1967, ce risque doit être équilibré financièrement.

La première recette du fonds est constituée par une cotisation à la charge exclusive des employeurs. Le taux en est établi par les caisses régionales d'assurance maladie en fonction du coût du risque (17). Des arrêtés du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre du Travail fixent, après avis des comités techniques nationaux, tous les ans et par risques ou groupes de risques, les tarifs des cotisations en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues. La tarification est collective, individuelle ou mixte selon l'importance des établissements et l'importance des risques. Au taux de la cotisation viennent s'ajouter une majoration forfaitaire couvrant les accidents du trajet et deux majorations pour les charges diverses des caisses. L'une en pourcentage du taux brut, l'autre en pourcentage des salaires. Ces majorations sont fixées annuellement par arrêté interministériel (18). Il faut cependant noter qu'un certain pourcentage de ces cotisations est réparti entre les autres fonds nationaux gérés par la caisse nationale. Au total, le fonds des accidents du travail reçoit 85,3 % de leur produit (19).

En résumé, le taux des cotisations accidents du travail est établi de la façon suivante :

- Taux brut = $\frac{\text{Coût des accidents X 100}}{\text{Montant des salaires}}$
- Taux net = Taux brut + majorations
- Majorations : pour 1974, les diverses majorations s'élevaient à :
  - couverture du risque trajet : 0,57 %
  - charges en % du taux brut : 37,00 %
  - charges en % des salaires : 0,38 %

Les dépenses du fonds sont constituées d'une part par les dotations subventions et avances attribuées aux caisses pour le service des prestations (20) et d'autre part par des charges diverses.

- (17) Arrêté interministériel du 19 juillet 1954
- (18) Ainsi pour 1973, arrêté du 13.12.1972
- (19) Arrêté, 19 avril 1974 pris après avis favorable du conseil d'administration en date du 21 novembre 1973, J.O. 8 mai 1973, p. 4 912.
- (20) Système étudié plus loin, p. 118.

Ces dernières comprennent tout d'abord des subventions à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines. Un décret du 14 mai 1964 a en effet mis à la charge du fonds le versement à cette caisse de subventions et avances sur subventions destinées à lui permettre d'assurer la compensation des charges pour le risque d'incapacité permanente (21). Le montant en est fixé par arrêté interministériel. Ainsi pour l'année 1973, l'avance mensuelle s'est élevée à 59 millions et le montant global à 704.078.415 Francs (22). Ce dernier était en 1972 de 612 millions.

En second lieu, le fonds effectue des versements trimestriels au fonds commun non agricole (23) des accidents du travail qui est géré par la Caisse des dépôts et consignations. Le montant en a été de 646.630.062 Francs en 1972 et 680.001.366 francs en 1973.

Le fonds rembourse ensuite, en vertu de l'article 1 d'un arrêté du 25 janvier 1950, à la caisse régionale de Strasbourg, le montant des dépenses de rentes et majorations de rentes relatives à des accidents du travail survenus avant le 1er janvier 1947. Elle rembourse également à la caisse régionale de Paris les dépenses relatives à des accidents survenus au personnel occupé par les ex-autorités occupantes. Au titre de ces deux remboursements, le fonds a versé : 25.842.867 Francs, en 1972 et 27.608.848 Francs en 1973.

Le fonds supporte enfin des dépenses diverses de moindre importance :

- subvention à l'union régionale du service des mines de Metz, pour les rentes accordées pour des accidents du travail antérieurs au 1er janvier 1947 : 21.609.061 Francs en 1973.
- frais de soins d'urgence remboursés par les caisses régionales aux employeurs : 10.123.056 Francs en 1973.
- indemnités forfaitaires aux compagnies d'assurance privées en compensation de la perte de leur portefeuille transféré aux organismes de sécurité sociale ; indemnité allouées sous forme d'annuités trentenaires dont l'amortissement est à la charge de la Caisse nationale : 1.733.333 Francs en 1973.

- (21) Décret n° 64-433 du 14 mai 1974, en application de l'article 73 de la loi de finances pour 1964.
- (22) A. 27 mars 1973, J.O. 3 mai 1973, P. 4973.
- (23) Décret n° 46-1378 du 8 juin 1946 mod. article 181

Il résulte de la confrontation des recettes et des dépenses que le fonds des accidents du travail présentait en 1973 un déficit de 82,052 millions de Francs. Pour l'année 1974 le déficit s'était accru et s'élevait à 132 millions de Francs (24). En effet, si les rentrées de cotisations avaient connu une progression de 15,7 %, les dépenses avaient connu une progression plus rapide. Ainsi, les dépenses de prestations avec un total de 8 158 millions de francs augmentaient de 16,5 %, tandis que la charge de la compensation avec le régime minier s'élevait à 860 millions de francs soit une hausse de 18,6 % par rapport à l'année précédente.

1973

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL -
GESTION DES RISQUES

CHARGES

	Montant
Dotations Outre Mer	33.207.420,47
Subvention aux C.R.A.M.	8.333.520,85
Soins de santé	1.142.082.767,49
- Indemnités journalières	1.338.403.580,77
- Rentes	
. rentes aux assurés	2.987.415.917,19
. rentes aux ayants-droit	666.019.707,69
. rachats de rentes	221.986.734,34
- Participation pour prestations légales non individualisées	378.811,71
Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines	725.687.476,97
Fonds Commun des Accidents du Travail - Métropole	677.894.030,15
Fonds Commun des Accidents du Travail - Outre Mer	2.107.336,88
Frais de prothèse	365.704,33
- Liquidation des dépenses résultant du transfert à la Sécurité Sociale de la gestion du risque A.T. - Compagnies d'Assurances	1.733.333,20
Soins accidentés du travail	10.123.056,50
Autres charges techniques	11.672.914,51
Pertes sur exercices antérieurs	703.209,49
Pertes exceptionnelles	4.858.845,96
TOTAL	7.832.974.368,50

- (24) Chiffres extraits du rapport public de la Cour des Comptes pour 1974, p.100

1973

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL -
GESTION DES RISQUES

PRODUITS

	Montant
Cotisations	7.341.355.978,97
Recours contre tiers	400.026.301,47
Autres produits techniques	8.905.931,48
Profits sur exercices antérieurs	202.959,34
Profits exceptionnels	430.725,91
Résultat net déficitaire	82.052.471,33
TOTAL	7.832.974.368,50

II - Les fonds "annexes"

A - Le fonds national de prévention des accidents du travail

Il rentre en effet dans la mission de la Caisse nationale d'assurance maladie, aux termes de l'article 2 de l'ordonnance, d'assurer la promotion de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. A cet effet, la Caisse gère un fonds de prévention par l'intermédiaire d'une commission de prévention créée dans la séance du 12 octobre 1972 par le conseil d'administration. La commission a reçu délégation pour prendre toute décision intéressant la gestion du fonds et la coordination de l'action des caisses régionales dans le domaine de la prévention. Elle formule un avis sur les questions de politique générale de prévention et sur le budget du fonds avant examen par le conseil d'administration. Elle est assistée dans sa tâche par des comités techniques nationaux, constitués par professions ou groupes de professions et dont elle désigne les membres (25). Ces comités nationaux ont à jouer un rôle déterminant consistant à centraliser et étudier les statistiques concernant leurs branches de production et donner des directives aux comités techniques régionaux. Ceux-ci s'en inspireront pour la classification des risques et la fixation des cotisations. Ils contribuent donc de façon exxentielle à la tâche dévolue à la caisse nationale dans le domaine de la prévention. Un comité central de coordination est chargé de coordon-

- (25) Article 4 30 du Code de sécurité sociale ; article 4 du décret 67-1232 du 22 décembre 1967 ; A. 23 février 1968 - J.O. 8.03.1968.

ner les différents comités techniques.

Les comités techniques informent trimestriellement la commission de leurs activités et lui présentent un rapport d'ensemble annuel (26). La commission doit rendre compte trimestriellement au conseil d'administration de la caisse nationale des décisions prises.

Le fonds est alimenté par un prélèvement sur les cotisations accidents du travail. Le taux du prélèvement est fixé par le conseil d'administration, sur avis de la commission, dans la limite d'un maximum fixé par arrêté conjoint du ministre des Finances et du ministre chargé de la Sécurité sociale (27). Ce maximum étant fixé régulièrement à 2 %, le conseil a, pour 1973, fixé le taux à 1,2 %. Le montant des ressources ainsi dégagé s'est élevé à 102.693.105 Francs en 1973.

Les charges du fonds résultent tout d'abord de l'article 429 du code de Sécurité sociale aux termes duquel il doit "contribuer à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles" en créant, développant et subventionnant des institutions diverses de recherche, étude, essais, documentation ou propagande concernant l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention ; institutions ou services chargés de l'organisation ou du contrôle de la prévention ou fournissant le concours de techniciens-conseil en matière de prévention. Il peut également attribuer des avances à taux réduit aux entreprises en vue de la réalisation d'aménagements propres à assurer une meilleure protection des travailleurs.

L'article 432 du code lui attribue également la tâche de financer tout procédé de publicité et propagande pour la diffusion des méthodes de prévention et d'agir sur les travailleurs par l'intermédiaire des syndicats et des comités d'hygiène et de sécurité. Il doit également favoriser l'enseignement de la prévention. Il établit enfin annuellement les directives selon lesquelles s'exercera l'action des organismes de sécurité sociale en matière de prévention.

Au titre de ces diverses attributions, les principales dépenses du fonds se répartissent sous les chapitres suivants.

- (26) Exemple : rapport pour 1972 déposé le 29 mai 1973.
- (27) A. 02.01.1975, J.O., 16.01.1975 - A. 23 avril 1976, J.O., 15.05.1976. A. 18.07.1977, J.O. 20 août 1977 p. 4306 pour 1977.

1 - Institut national de recherche et de sécurité sociale. Celui-ci occupe une place à part dans les institutions visées ci-dessus. Fondé par cinq syndicats avec le CNPF, il s'est substitué à l'ancien Institut national de sécurité. Financé par le fonds de prévention, suivant les directives et sous le contrôle de la caisse nationale par l'intermédiaire de la commission de prévention à laquelle il rend compte annuellement de ses activités, l'institut a pour rôle de développer l'esprit de sécurité dans le travail par la recherche, la documentation, l'information, la propagande et la formation de spécialistes. Il apporte son concours technique à tout organisme s'intéressant à la prévention et, notamment, aux caisses régionales, aux comités techniques et comités d'hygiène et de sécurité. Sur le plan international enfin, il coopère à toute entreprise poursuivant des buts analogues. L'institut a ainsi reçu, après examen du programme d'activité pour 1973, un crédit de 42.880.550 francs.

2 - Le second poste important de dépenses est constitué par les dépenses de prévention des caisses régionales d'assurance maladie :

Budget des services de prévention (en francs)

	crédits ouverts	dépenses effectuées
1972	62.065.107	55.113.480,12
1973	70.743.858	62.935.141,17

Budgets des institutions de prévention gérées ou subventionnées par les caisses régionales (en francs)

	crédits ouverts	dépenses effectuées
1972	6.708.869,07	5.615.131,35
1973	7.735 275	6.223.275,73

3- Le fonds effectue ensuite des avances aux entreprises pour aménagements de sécurité, soit 4 avances supérieures à 50.000 francs en 1973. Les caisses régionales ont, pour leur part, consenti des avances de 200.000 francs en 1972 et 438.700 francs en 1973.

4- Le fonds accorde enfin des subventions diverses. En 1973, il a ainsi accordé des subventions au service central de protection contre les rayonnements ionisants (400.000 francs), à l'organisme national de sécurité routière pour la réalisation d'une étude sur la fatigue des conducteurs routiers (370.000 francs sur 3 ans).

Il a également accordé en 1973 des subventions comme participation à l'organisation par les centrales syndicales de sessions ou de journées d'études sur la sécurité destinées aux membres des comités techniques, aux membres des comités d'hygiène et de sécurité ainsi qu'aux délégués à la sécurité notamment : 922.000 francs à la CGT, 1.672.400 francs à FO, 1.509.000 francs à la CFDT et 427.000 francs à la CFTC. La commission a également accepté le principe de l'octroi d'une subvention à la CGC et décidé d'augmenter la participation financière de la caisse nationale et des caisses régionales aux sessions d'enseignement de la sécurité organisée par les syndicats. Elle a enfin ouvert un crédit supplémentaire de 110.000 francs à la CGT pour l'organisation de 2 journées exceptionnelles de sécurité.

Au total, l'exercice de 1973 se solde par un déficit de 9.942.047,59 francs tandis que les résultats cumulés depuis 1968 font apparaître un excédent net de 129.676.260,12 francs.

B - Le fonds national du contrôle médical

Les textes font du contrôle médical un service national confié à des praticiens conseils et organisé et dirigé par la Caisse nationale d'assurance maladie (28). Le fonds du contrôle médical retrace les opérations financières de ce service.

Le financement du fonds est assuré par des ressources diverses. Il reçoit d'abord un prélèvement sur le produit des cotisations assurance maladie des comptes a, b, d, e, f, et g. Le taux en est fixé par le conseil d'administra-

- (28) Article 2 du décret n° 68-401, du 30 avril 1968 - décret n° 69-505 du 24 mai 1969.

tion dans la limite d'un maximum fixé par arrêté ministériel (29). Le maximum est à 0,75 % depuis 1967 puis à 0,66 % en 1977 et le conseil a fixé le prélèvement à 0,55 %.

Le fonds perçoit ensuite un prélèvement de 1,60 % des prestations versées au titre du régime des étudiants. Il perçoit enfin un prélèvement de 2 % sur le produit des cotisations accidents du travail.

Aux termes de l'article 42 de l'ordonnance de 1967, le fonds reçoit également une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse : 4.491.000 francs pour 1973 et 5.800.000 francs pour 1975.

Il reçoit encore une contribution de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, pour le contrôle médical et les examens systématiques hospitaliers des bénéficiaires de ce régime, effectués pour le compte de cette caisse par les services du contrôle médical du régime général. Cette contribution, estimée à 700.000 francs a été en définitive pour 1973 de 516.281,94 francs.

L'essentiel des charges du fonds est constitué par les subventions de fonctionnement et d'équipement allouées aux échelons régionaux et d'Outre-Mer.

L'année 1973 voit ainsi apparaître un déficit de 94.920.321,43 francs. Si l'on regarde le solde des opérations entre 1968 et 1973, il fait paraître un déficit cumulé de 146.713.910,36 francs couvert par les excédents accumulés avant 1967, soit 235.886.582,28 francs.

- (29) A. 23 avril 1976, précité.

PREVISIONS et RESULTATS de l'EXERCICE 1973
du FONDS NATIONAL du CONTROLE MEDICAL

Opérations	Dépenses	
	Prévisions	Résultats
Première Section - FONCTIONNEMENT		
Service du Contrôle Médical du siège de la CAISSE NATIONALE de l'ASSURANCE MALADIE	2.700.000,00	2.504.477,00
Subventions de fonctionnement aux échelons régionaux	546.072.700,00	521.839.028,85
Subventions d'équipement aux échelons régionaux	2.078.500,00	28.145,05
Subventions spéciales	300.000,00	-
Subventions de fonctionnement aux échelons des Départements d'Outre-Mer	7.890.000,00	7.347.128,05
Subventions d'équipement aux échelons des Départements d'Outre-Mer	13.377,22	13.377,22
Dépenses techniques résultant d'accords internationaux	200.000,00	145.987,82
Dépenses résultant des accords de la Communauté Economique Européenne	300.000,00	121.033,50
Autres subventions	200.000,00	-
Crédits à répartir	11.445.422,78	-
Total	571.000.000,00	532.099.155,49
Deuxième Section - OPERATIONS EN CAPITAL		
Prêts et avances au personnel		625.416,64
Total		625.416,64
Total	571.000.000,00	532.724.572,13

Opérations	Recettes	
	Prévisions	Résultats
Première Section - FONCTIONNEMENT		
Service du Contrôle Médical du siège de la CAISSE NATIONALE de l'ASSURANCE MALADIE	-	-
Prélèvements sur cotisations maladie (Métropole et départements d'Outre-Mer)	345.000.000	258.245.523,64
Prélèvements sur cotisations accidents du travail (Métropole et départements d'Outre-Mer)	162.500.000	171.000.114,01
Prélèvements sur gestion H (étudiants)	3.200.000	2.971.794,88
Contribution de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse	4.491.000	4.491.000,00
Contribution de la C.A.N.A.M.	700.000	516.281,94
Contribution du Centre de Sécurité Sociale des Travailleurs Migrants	109.000	89.764,55
Recettes techniques diverses	-	5.549,88
Total	516.000.000	437.500.028,88
Deuxième Section - OPERATIONS EN CAPITAL		
Remboursement des prêts et avances	-	504.221,82
Total		504.221,82
Total	516.000.000	437.804.250,70
Déficit	55.000.000	94.920.321,43
Total pour équilibre	571.000.000	532.724.572,13

C - Le fonds national d'action sanitaire et sociale

L'article 2 de l'ordonnance du 21 août 1967 confère à la caisse nationale le rôle "d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie...". Cette action permet aux caisses d'assouplir la rigidité des prestations légales et de contribuer à l'amélioration de la protection de la population (30).

La politique d'action sanitaire et sociale est définie par la caisse nationale dans le cadre d'un programme arrêté par le ministre chargé de la Sécurité sociale (31). Cette politique se traduit financièrement dans l'existence d'un fonds national qui retrace les recettes et les dépenses qui y sont affectées (32). Un décret du 5 avril 1968 est venu préciser le rôle joué par les caisses nationales et les fonds nationaux en matière d'action sanitaire et sociale. C'est ainsi que le programme est fixé après avis d'un comité d'action sanitaire et sociale (33).

Comme pour les autres fonds nationaux, la gestion de celui-ci a été confié par le conseil d'administration de la caisse nationale à une commission d'action sanitaire et sociale, depuis le 12 octobre 1971. La commission a reçu délégation pour prendre, dans le cadre du budget du fonds et de la politique définie par le conseil, toute décision intéressant la gestion du fonds et la coordination de l'action des caisses primaires et régionales. Elle formule un avis

- (30) "Dépasser le cadre de la stricte application d'une législation souvent trop rigide, humaniser un ensemble de règles en y introduisant la prise en compte des situations individuelles difficiles que la seule application des textes relatifs à l'assurance maladie n'aurait pu améliorer, participer à un équipement hospitalier indispensable à l'organisation du système de soins d'une région..." - C. PRIEUR, Directeur de la C.N.A.M. : L'action sanitaire et sociale du régime général d'assurance maladie ; Dr. Soc. 1976 - 311.
- (31) Programme fixé par Arrêtés des 27 octobre 1970 et 3 décembre 1970 - J.O. 20.11 et 23.12.1970 - Circulaire n° 41 SS, 25 mai 1971, Bull. Min. Aff. Soc. 1971.
- (32) Décret 67-1230, du 22.12.1967 - précité - art. 1 et II.
- (33) Décret 68-327 du 5 avril 1968, J.O. 12 avril 1968, p. 3766. La composition et le rôle du comité font l'objet du décret du 5 juin 1969, J.O. 17 juin 1969, p. 6043.

sur les questions de politique générale d'action sanitaire et sociale et sur le budget du fonds avant examen par le conseil d'administration.

Le fonds est alimenté par un prélèvement sur les cotisations maladie et travail, dans la limite d'un maximum fixé par arrêté ministériel (34). Le conseil d'administration a décidé, pendant la durée du VI° Plan, d'affecter au fonds 1,21 % des cotisations assurance maladie et 3 % des cotisations accidents du travail. Le fonds bénéficie également en recettes du produit des majorations de retard afférentes aux cotisations maladie et accidents du travail. Lui sont également affectés les remboursements des prêts consentis par la caisse nationale avec les intérêts éventuels et les revenus de son patrimoine.

Les charges du fonds sont constituées d'abord par l'attribution aux caisses régionales et primaires d'une dotation annuelle (35) puis par la couverture des dépenses d'action sanitaire et sociale propres de la caisse nationale. Ces dernières sont très variées et ont pour objet :

- l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion d'établissements sanitaires et sociaux dont les catégories sont définies par le programme ministériel ;
- la création, le développement et la gestion d'institutions, oeuvres ou services d'intérêt national relatifs à la lutte contre la maladie et à la prévention des risques ;
- l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions ou oeuvres à caractère national ;
- l'attribution de subventions aux services ou institutions chargés de l'enseignement, l'information ou la documentation sur la sécurité sociale ;

L'exécution des opérations d'action sanitaire et sociale laisse apparaître un écart important entre les prévisions et les dépenses effectives. Ainsi pour 1973, ces dernières étaient-elles inférieures aux prévisions de 161.580.620,64 francs. Cet écart important s'explique par l'application du système des autorisations de programme et crédits de paiement aux opérations d'action sanitaire et sociale. Le rapport sur l'activité de la Caisse nationale d'assurance maladie en 1973 note ainsi que les promoteurs ont tendance à surévaluer leurs prévisions de paiement pour l'équipement sanitaire. La caisse nationale comme les caisses locales n'ont pas toujours les moyens d'apprécier la justesse des estimations. Les excédents ainsi dégagés sont certe restitués à la caisse nationale en

- (34) A. 23.04.1976 précité. A. 18.07.1977 précité.
- (35) Cf. P. 129.

fin d'exercice et d'autre part, la nature de ces opérations implique que les activités du fonds soient appréciées sur une assez longue période. Mais il n'en reste pas moins que des écarts trop importants entre prévisions et résultats effectifs sont une source de mauvaise gestion.

DEPENSES

GESTION ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Libellé des opérations	1972 et antérieures	1973	Total
Première Section - FONCTIONNEMENT			
Dotations en subventions aux C.R.A.M. - Provisions	1.082.288.409,95	312.698.118,00	1.394.984.527,95
Dotations en subventions aux C.R.A.M. - Complément	125.732.925,06	16.468.377,15	142.201.302,21
Dotations aux Caisses Primaires	921.052.540,19	260.948.164,00	1.182.001.704,19
Dotations diverses aux C.P.A.M.	11.385.549,29	2.078.193,45	13.441.742,74
Dotations diverses aux C.G.S.S. des D.O.M.	5.279.871,40	8.568.738,11	13.848.807,51
Subventions aux organismes divers	28.150.887,48	16.461.985,20	44.621.862,69
Education Sanitaire et Sociale Documentation. Divers	6.531.811,05	2.120.824,43	8.652.635,48
Provisions	18.988.453,66		18.988.453,66
Amortissements	1.654.503,42	147.430,37	1.801.933,79
Impôts sur les Sociétés		2.980.906,00	2.980.906,00
Total	2.202.051.961,48	622.449.714,71	2.824.451.676,22
Résultat net excédentaire de la Section de Fonctionnement	1.192.160.879,06	377.878.020,15	1.570.038.899,21
Total pour balance	3.394.212.840,54	1.000.325.734,89	4.394.538.575,43
Deuxième Section - OPERATIONS EN CAPITAL			
Avances aux Caisses Régionales	574.278.103,97	295.452.348,03	869.730.452,00
Prêts et avances divers	15.367.280,01	5.641.362,71	21.008.642,72
Immobilisations diverses	1.627.894,97	65.953,88	1.693.848,85
Constitution de réserves	12.538.830,70		12.538.830,70
Excédents nets	898.051.337,18	120.474.493,01	818.525.830,19
Total	1.301.861.546,83	421.634.157,63	1.723.495.704,46

RECETTES

Libellé des opérations	1972 et antérieures	1973	Total
Première Section - FONCTIONNEMENT			
Prélèvements :			
- sur cotisations d'Assurance Maladie	1.918.788.030,88	564.910.547,09	2.483.698.577,97
- sur cotisations d'Accidents du travail	911.439.189,20	256.887.826,00	1.168.327.015,20
Majorations de retard	321.574.291,34	88.338.390,47	409.912.681,81
Prélèvement sur gestion MC - Etudiants	8.594.141,15	2.618.894,24	11.213.035,39
Intérêts des prêts	32.746.589,72	6.218.114,25	38.964.911,97
Intérêts des comptes financiers	134.241.377,34	49.688.934,56	183.930.311,90
Revenus des immeubles en rapport de la C.N.A.M.	28.405.891,84	6.111.102,36	34.516.994,00
Reprise sur provisions	29.543.061,97	3.658.276,57	33.201.338,54
Virement du F.N.P.A.I. Centres de Traumatologie	4.500.000,00	4.500.000,00	9.000.000,00
Produits divers et exceptionnels	4.380.257,30	17.393.478,35	21.773.736,65
Total	3.394.212.840,54	1.000.325.734,89	4.394.538.575,43
Deuxième Section - OPERATIONS EN CAPITAL			
Remboursements des avances aux C.N.A.M.	82.986.761,67	37.870.630,53	120.857.392,20
Remboursements des prêts et avances divers	1.810.781,37	1.990.709,84	3.801.561,21
Immobilisations diverses	141.102,94	-	141.102,94
Amortissements	1.854.503,42	147.430,37	1.801.933,79
Reprise sur réserves	24.087.528,37	3.949.282,74	27.036.809,11
Excédents de fonctionnement	1.192.180.879,06	377.878.020,15	1.570.058.899,21
Total	1.301.861.546,83	421.634.157,63	1.723.495.704,46

BUDGET FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE 1974

EXECUTION DU BUDGET

(en millions de francs)

DEPENSES		RECETTES	
FONCTIONNEMENT		FONCTIONNEMENT	
Dotations aux Caisses régionales d'A.M.	371	Prélèvement sur cotisation Maladie	[illegible]
Dotations aux Caisses primaires d'A.M.	293,4	Prélèvement sur cotisation A.T.	[illegible]
Interventions diverses (Prévention, Recherche médicale, Education sanitaire, D.O.M.)	20,4	Majorations de retard	[illegible]
Centre national de Transfusion sanguine.	13,2	Intérêts des comptes courants.	[illegible]
Divers.	2	Divers.	[illegible]
	700,0		[illegible]
OPERATIONS EN CAPITAL		OPERATIONS EN CAPITAL	
Prêts aux Caisses régionales d'A.M.	285,4		
Interventions diverses (D.O.M. etc.).	19,8	Recettes diverses.	1,0
Centre national de Transfusion sanguine.	5,6		
	310,8		1,0
Excédent net reporté.	113,1		
TOTAL DES DEPENSES.....	1.124,0	TOTAL DES RECETTES...	1.124,0

D - Le fonds national de la gestion administrative

Toutes les opérations de gestion administrative de la caisse nationale et des organismes locaux sont retracées au sein de ce fonds (36). Une commission de la gestion administrative a reçu délégation du conseil d'administration de la caisse nationale pour prendre les mesures d'exécution relatives au budget du fonds et notamment les modifications de ce budget par virement de crédits. Elle a reçu délégation pour prendre toute décision intéressant sa gestion et, notamment, pour attribuer aux caisses primaires et régionales les dotations de gestion administrative, décider des mesures à prendre lorsqu'il y a lieu à l'égard des caisses dont les comptes de gestion administratives font ressortir pour un exercice donné des résultats justifiant un examen particulier. Elle peut enfin décider les mesures de gestion administrative de la caisse nationale. Dans le cadre du budget de la régie immobilière, elle prend les décisions concernant la gestion du patrimoine immobilier de la caisse nationale. Elle formule un avis sur les questions de politique générale intéressant la gestion administrative, sur le budget du fonds, le budget de la caisse nationale et le budget de la régie immobilière de la caisse nationale, avant l'examen de ces problèmes par le conseil d'administration.

Dans le cadre du budget du fonds et du plan des opérations immobilières, une commission des opérations immobilières a reçu délégation du conseil d'administration pour prendre toute décision intéressant le contrôle des opérations immobilières des caisses primaires et régionales.

- (36) Article 1 du décret n° 67-1230, précité.

FONDS NATIONAL DE LA GESTION ADMINISTRATIVE

RESULTATS CUMULES - 1968 A 1973

CHARGES

LIBELLE des OPERATIONS	1968 à 1972	1 9 7 3	T O T A L
1ère SECTION - FONCTIONNEMENT			
Services administratifs de la C.N.A.M.	74.304.050,89	29.649.831,91	103.953.882,80
Dépenses d'interventions :			
- Dotations aux C.R.A.M.	1.877.196.014,59	525.931.969,47	2.403.127.984,06
- Dotations aux C.P.A.M. - Gestion des opérations administratives	8.557.296.345,35	2.596.614.728,10	11.153.911.073,45
- Dotations aux C.P.A.M. - Traitement automatisé de l'information	62.746.635,08	82.478.095,17	145.224.730,25
- Dotations aux C.P.A.M. - Diverses	8.096.529,40	3.393.920,09	11.490.449,49
- Dotations aux C.G.S.S. des D.O.M.	272.500.997,81	86.218.927,99	358.719.925,80
- Subventions aux C.R.A.M. pour déficit	10.087.859,54	14.422.177,90	24.510.037,44
- Subventions aux C.P.A.M. pour déficit	250.471.269,86	38.292.608,93	288.763.878,79
- Dotations et subventions diverses	397.674,03	1.920.136,16	2.317.810,19
- Contribution au FNGA de l'A.C.O.S.S.	1.534.557.893,47	488.184.768,88	2.022.742.662,35
- Participation au financement du régime des avantages sociaux des praticiens	144.445.198,09	199.497.387,61	343.942.585,70
TOTAL	12.792.100.468,11	4.066.604.552,21	16.858.705.020,32
Résultat excédentaire	470.710.458,49	304.519.451,02	775.229.909,51
	13.262.810.926,60	4.371.124.003,23	17.633.934.929,83
2ème SECTION - OPERATIONS EN CAPITAL			
Services administratifs de la C.N.A.M.	2.610.901,86	2.341.235,02	4.952.136,88
Prêts et avances consentis :			
- C.R.A.M.	74.225.835,30	25.565.703,41	99.791.538,71
- C.P.A.M.	457.496.343,42	185.848.880,45	643.345.223,87
- C.G.S.S. des D.O.M.	16.707.947,66	7.130.627,64	23.838.574,70
- U.I.O.S.S.	194.830.430,52	69.717.586,00	264.548.016,52
- pour déficit C.R.A.M.	32.805.108,13	-	32.815.108,13
- pour déficit C.P.A.M.	288.834.422,20	-	288.834.422,20
- prêts à la M.N.E.F.	-	2.200.000,00	2.200.000,00
- prêts à l'A.C.O.S.S.	12.398.236,60	-	12.398.236,60
TOTAL	1.079.919.225,09	292.804.032,52	1.372.723.257,61
Déficit de la section fonctionnement	52.635.082,26	-	52.635.082,26
Excédent net	241.891.181,84	92.153.920,30	334.045.102,14
TOTAL GENERAL	1.374.445.489,19	384.957.952,82	1.759.403.442,01

FONDS NATIONAL DE LA GESTION ADMINISTRATIVE

RESULTATS CUMULES - 1968 A 1973

PRODUITS

LIBELLE des OPERATIONS	1968 à 1972	1 9 7 3	T O T A L
1ère SECTION - FONCTIONNEMENT			
Services administratifs de la C.N.A.M.	9.015.969,19	3.305.877,60	12.321.846,79
Recettes techniques :			
- Contributions diverses reçues de la CNAV (CRAM)	1.214.524.115,01	339.466.367,16	1.553.990.482,17
- " de la CNAV (CPAM Alsace-Lorraine)	12.763.729,46	4.288.376,15	17.052.105,65
- " de la CNAV (CGOM)	46.899.711,38	12.646.498,56	59.546.209,94
- " de la CNAF (CGOM)	72.534.915,12	1.528.494,21	74.063.409,33
- Prélèvements sur cotisations maladie Métropole	9.165.722.236,23	3.031.585.553,68	12.197.307.789,91
- Prélèvements sur cotisations A.T. Métropole	2.244.158.446,70	721.885.193,64	2.966.043.640,34
- Prélèvements sur gestion étudiants	56.319.052,72	17.162.115,45	73.481.168,17
- Prélèvements sur cotisations maladie Outre-Mer	60.448.597,21	20.406.998,72	80.855.595,93
- Prélèvements sur cotisations A.T. Outre-Mer	16.952.987,40	5.524.304,38	22.477.291,78
- Contribution des gestions de risques au financement des cotisations pour avantages sociaux des praticiens	144.445.198,09	199.497.387,61	343.942.585,70
- Participation de la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles	13.300.022,61	7.732.948,62	21.032.971,23
- Prélèvements sur excédents - C.R.A.M.	26.993.016,51	3.816.152,26	30.809.168,77
- Prélèvements sur excédents - C.P.A.M.	125.386.836,34	-	125.386.836,34
- Autres recettes techniques	711.010,37	2.277.735,15	2.988.745,52
TOTAL	13.210.175.844,34	4.371.124.003,23	17.581.299.847,57
Résultat déficitaire	52.635.082,26	-	52.635.082,26
	13.262.810.926,60	4.371.124.003,23	17.633.934.929,83
2ème SECTION - OPERATIONS EN CAPITAL			
Services administratifs de la C.N.A.M.	955.755,72	263.425,19	1.219.180,91
Remboursement des prêts et avances consentis :			
- C.R.A.M.	52.779.426,73	625.901,43	53.405.328,16
- C.P.A.M.	213.901.597,96	2.836.831,52	216.738.429,48
- U.I.O.S.S.	3.829.423,75	604.390,21	4.433.813,96
- C.N.A.V. et C.N.A.F. (participation UIOSS).	58.000.000,00	28.000.000,00	86.000.000,00
- C.G.S.S. des D.O.M.	2.547.344,79	197.680,02	2.745.024,81
- F.N.O.S.S.	-	2.466.903,88	2.466.903,88
- pour déficit C.R.A.M.	24.527.152,43	7.117.372,46	31.644.524,89
- pour déficit C.P.A.M.	250.541.813,27	38.292.608,93	288.834.422,20
- avances à l'A.C.O.S.S.	2.692.341,89	-	2.692.341,89
TOTAL	609.774.856,54	80.405.113,64	690.179.970,18
Excédent de la section fonctionnement	470.710.458,49	304.519.451,02	775.229.909,51
Déficit net	293.718.357,81	-	293.718.357,81
Régularisation des réserves immobilisées ...	241.816,35	33.388,16	275.204,51
TOTAL GENERAL	1.374.445.489,19	384.957.952,82	1.759.403.442,01

Les ressources du fonds sont constituées par un prélèvement sur cotisations, décidé par le conseil d'administration dans la limite des pourcentages maxima fixés par arrêté ministériel. Les taux sont les suivants :

- 6,09 % des cotisations assurance maladie des comptes a, b, d, e, f et g ;
- 9,24 % des prestations versées au titre du régime des étudiants ;
- 8,90 % des cotisations accidents du travail.

Dans le cadre de ces maximums autorisés, le conseil d'administration fixe les taux en fonction de l'évolution des opérations du fonds. Ainsi dans les années 1970 - 1971, les taux retenus par le conseil (respectivement : 5,56 % ; 9,24 % ; 7,10 %) n'avaient pas permis de couvrir la totalité des dépenses et le conseil a du procéder à une augmentation. En 1972 et, plus faiblement, en 1973 les taux ont permis de dégager un excédent. Mais dans l'ensemble, l'augmentation des charges du fonds est plus rapide que celle de ses ressources.

Les dépenses sont constituées en premier lieu par le service des dotations aux caisses locales et d'Outre-Mer. Il effectue également des avances à ces organismes pour le financement de leurs dépenses en capital de gestion administrative.

Le fonds contribue, pour la part se rapportant à la gestion du risque maladie, aux dépenses exposées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans l'intérêt commun de ces organismes. Pour 1973, cette contribution s'est élevée à 488,184 millions de francs.

Le fonds assure en fin le financement du budget des services administratifs de la caisse nationale.

Section 2 - Les prestations familiales

La branche des prestations familiales, gérée par la Caisse nationale d'allocations familiales, a une organisation administrative et financière moins diversifiée que la branche de l'assurance maladie. Aux termes de l'article 27 du décret n° 67-1230 du 22 décembre 1967, la Caisse nationale des allocations familiales gère trois fonds : le fonds national des prestations familiales qui comprend trois sections comptables : section des salariés, section des employeurs et travailleurs indépendants et section de la population non active, le fonds national de l'action sanitaire et sociale et le fonds national de la gestion administrative. Une particularité est à noter : le fonds des prestations familiales assure le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales à l'exception du régime des exploitants agricoles tandis que les autres fonds nationaux n'intéressent que le régime général et le régime minier.

Avant de procéder à l'étude des trois fonds nationaux, le tableau ci-dessous présente l'ensemble des recettes et des dépenses de la C.N.A.F. pour les dernières années connues :

	1973	1974	74/73	1975	75/74
RECETTES					
Cotisations employeurs....	32 864	33 832	+ 2,9	39 954	+ 18,1
Ressources diverses.....	29	24	- 17,2	25	+ 4,2
TOTAL.....	32 893	33 856	+ 2,9	39 979	+ 18,1
DEPENSES					
Allocations.....	26 507	29 949	+ 11,1	33 073	+ 12,3
Gestion.....	1 181	1 405	+ 19	1 641	+ 16,8
Action sanitaire et soc..	1 325	1 659	+ 25,2	1 715	+ 11,9
Dépenses diverses.....	440	1 721	+ 291,1	2 006	+ 16,6
TOTAL.....	29 453	34 234	+ 16,2	38 435	+ 12,3
SOLDE.....	+3 440	- 378		+1 544	

La branche des prestations familiales est financée par deux catégories de cotisations selon qu'il s'agit de la section des salariés ou de la section des employeurs et travailleurs indépendants.

1 - Les cotisations dues au titre de la section des salariés.

Ces cotisations sont intégralement à la charge de l'employeur. Ce principe qui s'explique par la formation historique du système des prestations familiales, d'origine patronale, a d'abord été consacré comme fondamental par le Conseil Constitutionnel (1) puis affirmé par l'article 32 de l'ordonnance 67-706. Il a ainsi valeur législative. Il s'agit d'une part de cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles dans la limite du plafond fixé par décret et d'autre part des cotisations ou ressources affectées aux prestations familiales des salariés agricoles.

2 - Les cotisations de la section des employeurs et travailleurs indépendants.

Ces cotisations sont calculées dans les conditions fixées par le décret n° 74-313 du 29 mars 1974 (2). La cotisation due par les employeurs et travailleurs indépendants est assise sur le revenu professionnel retenu au titre de l'avant-dernière année pour le calcul de l'impôt sur le revenu, à concurrence du montant du plafond. Il est à noter qu'un taux réduit de 3,5 % est appliqué à la tranche de revenu annuel comprise entre 0 et 10 000 francs.

3 - Le taux des cotisations.

Le taux des cotisations de la branche prestations familiales est fixé par décret. Comme nous avons déjà pu le noter le taux de ces cotisations a subi des évolutions qui ont souvent provoqué la protestation des responsables de la branche. Le tableau ci-après retrace l'évolution et l'effritement progressif des ressources de la branche :

- (1) Conseil Constitutionnel, 20 décembre 1960, J.O. 31.12.1960.
- (2) Cf. J. BING, Q.S.S. 1974, p. 181.

Date	Taux A.F.	Transferts vers	
		A. Maladie	A. Vieillesse
1 juillet 1947	[illegible]		
1 octobre 1947	[illegible]		
1 août [illegible]	[illegible]		
1 octobre [illegible]	[illegible]		
1 octobre [illegible]	[illegible]		
1 janvier [illegible]	[illegible]		
1 janvier [illegible]	[illegible]		
1 octobre 1967	11,50 %	2 points	
1 août 1970	10,50 %	0,75 points	0,25 point
1 janvier 1974	9 %		1,50 point

Source : Bulletin C.A.F. 1976, p. 6

Comme on le voit de 1946 à 1951, en raison notamment de l'accroissement démographique, un déficit structurel a nécessité un relèvement progressif du taux de la cotisation. A partir de 1951 la situation financière des caisses d'allocations familiales est devenue excédentaire et le gouvernement, au cours de ces 25 dernières années n'a utilisé qu'une partie des cotisations allocations familiales à l'amélioration des prestations, l'autre partie servant à équilibrer à la fois les régimes spéciaux déficitaires et la branche maladie du régime général. De 1952 à 1974, une grande partie des excédents des allocations familiales ont été affectés à la couverture de l'assurance maladie : 250 millions en 1952, 900 en 1954, près de 2 milliards en 1956, etc... En 1959, et depuis lors, on a régularisé la situation financière respective des branches en réduisant le taux de la cotisation allocations familiales et en majorant du même montant le taux de la cotisation maladie puis vieillesse. On peut ainsi estimer qu'au 31 décembre 1973, sur les 13 milliards d'excédents du fonds national des prestations familiales, près de 4 milliards ont été utilisés à la couverture du déficit de l'assurance maladie (3). Le conseil d'administration de la C.N.A.F. s'est très souvent élevé avec indignation contre cette pratique, mettant en évidence la contradiction qu'il y a à affirmer la nécessité d'une politique familiale dynamique et la diminution des ressources qui permettraient de la mettre en oeuvre (4). C'est ainsi qu'il a re-

- (3) Rapport de M. Pierre BOISARD, Président de la C.N.A.F. - Bulletin C.A.F. 1976, p. 48.
- (4) Bulletin C.A.F. 1976, p. 6 - Cf. également : P. BOISARD - La mise en place et le fonctionnement de la C.N.A.F., Revue Française des Affaires Sociales, 1971 - p. 133.

nifesté sa crainte de voir se produire une nouvelle baisse du taux des cotisations, en constatant le montant élevé des excédents dégagés depuis 1975 :

1975 : 1,750 milliards
1976 : 3,200 milliards
1977 : 4,100 milliards } prévisions
1978 : 7 milliards }

Les soldes positifs cumulés constatés ou à prévoir sont énormes :

13 milliards en 1974
14,6 milliards en 1975
18 milliards en 1976
22,5 milliards en 1977 et
29,5 milliards en 1978.

Cet ensemble de chiffres peut apparaître comme l'occasion ou la justification d'une nouvelle baisse de taux des cotisations et est en tout cas un signe de la stagnation des prestations familiales (5).

Depuis le mois de novembre 1967, le conseil d'administration de la C.N.A.F. réclame l'application des dispositions du décret du 6 avril 1962 prévoyant l'affectation par décret des excédents du fonds des prestations familiales constatés à la clôture de chaque exercice, à l'amélioration des prestations. Mais ces excédents sont considérés par les pouvoirs publics comme un volant de trésorerie et ne peuvent être utilisés par la C.N.A.F. au détriment des familles.

- (5) Cf. Bulletin C.A.F. 1977, n° 2, p. 4.

RECETTES DE LA C.N.A.F.
(millions de francs)

Sections et régimes	1972	1973	73/72
SALARIES			
Régime général :			
cotisations	20.780	24.248	+ 16,7
majorations	36	42	+ 16,7
Total	20.816	24.290	+ 16,7
D.O.M.			
cotisations		178	
majorations		1	
Total		179	
Régime minier	289	294	+ 1,7
Régime agricole	520	310	- 40,4
Régimes spéciaux	5.255	6.056	+ 15,2
Recettes diverses	25	29	+ 16
Total salariés	26.905	31.158	+ 15,8
E.T.I.			
Régime général :			
cotisations	1.569	1.728	+ 10,1
majorations	8	4	- 50
Total	1.577	1.732	+ 9,8
D.O.M.	--	3	
Total E.T.I.	1.577	1.735	+ 10
TOTAL RECETTES	28.482	32.893	+ 15,5

RECETTES DE LA C. N. A. F.
(millions de francs)

Sections et régimes	1974	74/73	1975	75/74
SALARIES				
Régime général :				
cotisations.....	25.078	+ 3,4	29.258	+ 16,7
majorations.....	45	+ 7,1	56	+ 24,4
Total.....	25.123	+ 3,4	29.314	+ 16,7
D.O.M.				
cotisations.....	189	+ 6,2	219	+ 15,9
majorations.....	1		2	+ 100
Total.....	190	+ 6,1	221	+ 16,3
Régime minier.....	281	- 4,4	319	+ 13,5
Régime agricole.....	360	+ 16,1	410	+ 13,9
Régimes spéciaux.....	6.200	+ 2,4	7.681	+ 23,9
Recettes diverses.....	24	- 17,2	25	+ 4,2
Total salariés...	32.178	+ 3,3	37.970	+ 18
E.T.I.	-			
Régime général				
cotisations.....	1.672	- 3,2	2.002	+ 19,7
majorations.....	5	+ 25	6	+ 20
Total.....	1.677	- 3,2	2.008	+ 19,7
D.O.M.....	1	- 66,6	1	
Total E.T.I.....	1.678	- 3,3	2.009	+ 19,7
TOTAL RECETTES.....	33.856	+ 2,9	39.979	+ 18,1

I - Le fonds national des prestations familiales

Le conseil d'administration de la C.N.A.F. gère lui-même ce fonds qui couvre l'ensemble des régimes de prestations familiales à l'exception du régime des exploitants agricoles. Selon les termes de l'article 27 précité du décret du 22 décembre 1967, le fonds comprend trois sections comptables qui doivent être équilibrées en recettes et en dépenses : section des salariés, section des employeurs et des travailleurs indépendants puis section de la population non active.

La section des salariés reçoit en ressources une fraction des cotisations prévues à l'article 32 de l'ordonnance nº 67-706. Cette fraction est fixée annuellement par arrêté conjoint du ministre des Finances et du ministre chargé de la Sécurité sociale. Le solde est affecté aux autres fonds nationaux. Ainsi la fraction s'élevait à 91,13 % en 1973 et 89,45 % pour 1976 (6).

La section des E.T.I. reçoit une fraction des cotisations prévues à l'article 33 de l'ordonnance, fraction fixée également par arrêté annuellement. Elle était de 93,9 % en 1973 et de 93,77 % en 1976 (6).

Quant à la section de la population non active, ses charges sont couvertes par les ressources des autres sections et par une contribution du régime des exploitants agricoles. Leur répartition s'opère proportionnellement au volume des prestations versées par chaque régime dans l'année précédente. Les coefficients en sont fixés annuellement par arrêté du ministre des Finances, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre de l'Agriculture.

Dans la présentation du budget du fonds national des prestations familiales, telle qu'elle figure notamment dans les tableaux ci- après, la totalité du produit des cotisations figure en recettes, sans faire état de la répartition des cotisations entre ses recettes propres et les fractions de cotisations affectées aux fonds d'action sanitaire et sociale et au fonds de la gestion administrative. Ces dernières sont comptabilisées en dépenses du fonds des prestations familiales, selon une répartition fonctionnelle de l'ensemble des dépenses.

Ainsi, pour la dernière année connue, c'est-à-dire 1975, le fonds des prestations familiales fait apparaître un excédent de 1,544 milliards de

- (6) Répartition pour 1976 : A. 27 février 1976; J.O. 10 mars 1976, p. 1561.

francs, ce qui porte les excédents cumulés du fonds au 31 décembre 1975 à 14,6 milliards de francs.

Le tableau ci-dessous retrace les grandes catégories de dépenses du fonds pour 1974 et 1975.

REPARTITION FONCTIONNELLE DES DEPENSES DE LA C. N. A. F. (7)

Nature des dépenses	1974	74/73	1975	75/74
Services communs et dépenses non ventilables				
Gestion administrative (8).....	1.405	+ 19	1.641	+ 16,8
Action sanitaire et sociale (8)....	1.532	+ 26,6	1.715	+ 11,9
Fonds d'action sociale obligatoire des D.O.M.....	127	+ 10,4	148	+ 16,5
Dépenses résultant d'accords internationaux.....	49	+ 172,2	18	- 63,3
Transfert de compensation (9).....			136	
Fonds d'action sociale des travailleurs migrants.....	160	+ 32,2	247	+ 54,4
Charges nettes des prêts légaux....	260	- 10,3	141	- 45,8
Divers.....	25	+ 127,3	6	- 76
Total.....	3.558	+ 20,8	4.052	+ 13,9
Prestations familiales (10).....	24.955	+ 9,4	28.164	+ 12,9
Logements.....	4.494	+ 21,9	4.909	+ 9,2
Cotisations vieillesse.....	1.227		1.310	+ 6,8
TOTAL.....	34.234	+ 16,2	38.435	+ 12,3

- (7) Source : Bulletin C.A.F., Prestations familiales - Résultats généraux - 1976, n° 10, p. 10 s.
- (8) Régime général, régime minier et D.O.M. confondus.
- (9) Il s'agit du solde de la compensation entre les différents régimes de sécurité sociale incombant au fonds des prestations familiales pour 1974, en application de l'article 28 de la loi de finances pour 1974 : 135.693.380 f. (arrêté du 18 décembre 1975).
- (10) Le détail des différentes prestations familiales serait trop volumineux.

Part des différents régimes et sections progessionnelles dans l'ensemble des prestations familiales retracées par le fonds national des prestations familiales :

Sections et régimes	1974	74/73	1975	75/74
SALARIES				
Régime général.....	18.990	+ 11,3	21.245	+ 14,3
D.O.M.....	273	+ 16,2	311	+ 13,9
Régime minier.....	391	- 1	407	+ 4,1
Régime agricole.....	1.260	+ 7,3	1.390	+ 9,3
Régimes spéciaux.....	5.680	+ 12	5.870	+ 3,4
Total.....	26.194	+ 11,1	29.223	+ 11,6
POPULATION NON ACTIVE				
Régime général.....	1.250	+ 15,6	1.560	+ 24,8
D.O.M.....	13	+ 30	24	+ 84,6
Régime minier.....	98	+ 10,1	108	+ 10,2
Régimes spéciaux.....	184	+ 0,6	190	+ 3,3
Total.....	1.545	+ 13,4	1.882	+ 21,8
E.T.I.				
Régime général.....	1.697	+ 9,5	1.954	+ 15,1
D.O.M.....	13	+ 18,2	14	+ 7,7
Total.....	1.710	+ 9,6	1.968	+ 15,1
TOTAL.....	29.449	+ 11,1	33.073	+ 12,3

Source : Bulletin C.A.F. 1976, n° 10, p. 23.

II - Le fonds national de la gestion administrative

Les opérations de fonctionnement et d'investissement de la branche des prestations familiales, sont retracées dans ce fonds qui est géré par le conseil d'administration de la caisse nationale.

Le fonds est alimenté par une fraction des cotisations affectées à la branche. En 1967, les taux de prélèvement avaient été fixés à 4,49 % des cotisations encaissées au titre de la section des salariés et 4,10 % des cotisations encaissées au titre de la section des employeurs et travailleurs indépendants. La caisse nationale, inquiète de ce que la branche connaissait désormais un déficit, avait demandé à ce que le prélèvement soit porté en 1976, respectivement à 7,28 % et 5,71 %. Le gouvernement a refusé cette substantielle augmentation et les taux finalement retenus sont de 5,23 % et 4,10 % (11).

En dépenses, le fonds retrace d'une part les charges des services administratifs de la caisse nationale : 32 272 000 f. dans le budget primitif pour 1976, tel qu'il a été approuvé par les autorités de tutelle (12). D'autre part, le fonds retrace les charges de dotations, subventions et avances éventuelles aux caisses d'allocations familiales. Il contribue également, pour sa part, à la couverture des frais de gestion administrative de l'agence centrale.

Depuis 1975, le fonds connait des difficultés financières et un déficit croissant. Le projet de budget pour 1975, examiné par le conseil d'administration laissait prévoir un déficit de 504 millions, soit 1/5e environ du montant total. Le conseil décida alors de réduire ce déficit par report du solde créditeur au 31 décembre 1974, soit 124 millions, ainsi que par diverses mesures d'économie. Le solde déficitaire, de 159 millions, était alors inscrit au budget 1976.

Le projet de budget pour 1976, établi au mois de juillet 1975, laissait apparaître un déficit de 532 millions auquel il fallait ajouter le report de 1975. C'est pour cela que la caisse avait demandé au gouvernement le relèvement des pourcentages de cotisations affectées au fonds. Le refus du gouvernement laissait donc le fonds en déséquilibre. Celui-ci subit donc fortement le contrecoup des réductions progressives des ressources de la branche des allocations familiales.

- (11) A. des ministres du Travail et de l'Economie et des Finances, 27.02.1976, J.O. 10 mars 1976, p. 1561.
- (12) A. interministériel, 7 mai 1976 - J.O. 18 juin 1976, p. 2893.

III- Le fonds national de l'action sanitaire et sociale

Aux termes de l'article 23 de l'ordonnance de 1967, la Caisse nationale d'allocations familiales exerce une action sanitaire et sociale, dans le cadre d'un programme fixé par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. A cette fin, elle gère un fonds national pour lequel elle établit chaque année un budget communiqué aux ministères de tutelle.

Les ressources du fonds sont constituées par des prélèvements sur cotisations qui se décomposent en une dotation normale et une dotation complémentaire. Cette dernière est réservée à la prise en charge partielle de l'action sociale exercée par les organismes d'allocations familiales sous forme de prestations de services en faveur des familles. Elle concerne ainsi le service des travailleuses familiales et tout service ou réalisation assumant des tâches de gardiennage des enfants, les crèches notamment. Le taux des prélèvements a évolué ainsi :

cotisations	1971	1974	1976 et 1977
section salariés			
- dotation normale	4,05	4,72	4,72
- dotation complémentaire	0,33	0,40	0,60
section E.T.I.			
- dotation normale	1,80	1,80	1,80
- dotation complémentaire	0,20	0,22	0,33

A ces deux catégories de recettes vient s'ajouter le produit des majorations de retard qui sont imposées aux entreprises qui ne se sont pas acquittées des cotisations dans les délais. Il s'y ajoute des recettes diverses telles que les intérêts des fonds disponibles du fonds national des prestations familiales versés par la Caisse des dépôts et consignations.

Depuis 1972 le fonds national des prestations familiales attribue également au fonds de l'action sanitaire et sociale une dotation de 290 millions qui est affectée intégralement sous forme de prêts sans intérêt pour aider à l'équipement mobilier et ménager et au logement des jeunes ménages (13).

- (13) A. du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre de l'Economie et des Finances - 17.11.1972, J.O. 22.11.1972. Ce prélèvement ne figure plus au F.N.A.S.S. La loi du 3 janvier 1975 en son article 3 en a fait une prestation légale.

Le montant total des ressources du fonds apparait dans le tableau ci-dessous (14) :

[illegible]	[illegible]	1973
908.335.000	1.023.643.000 290.000.000	1.204.451.000 290.000.000

Les dépenses du fonds sont précisées d'une façon générale par le décret du 5 avril 1968 précité. Elles comprennent les dotations aux caisses d'allocations familiales, les subventions ou prêts à ces mêmes caisses au titre de participation pour l'exécution de leurs opérations d'investissement ainsi que la couverture des dépenses propres à la caisse nationale. Ces dernières ont pour but l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion d'établissements intéressant la famille et l'enfance. Le fonds retrace enfin l'octroi de subventions aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la sécurité sociale.

Dès le départ, dans le cadre ainsi défini, le conseil de la caisse nationale s'est posé le problème de savoir s'il était opportun qu'elle dispose elle-même d'une dotation et, dans l'affirmative, quelle devait en être l'importance par rapport à celles des caisses. Il lui a effectivement paru souhaitable de pouvoir intervenir directement pour des institutions exerçant une activité sur l'ensemble du territoire français. Il lui a également paru souhaitable de pouvoir compenser l'insuffisance des moyens mis à la disposition des organismes locaux sur la base de dotations à caractère systématique et paramétrique. Il a donc tenu à jouer un rôle de coordination de l'ensemble des actions sanitaires et sociales des caisses. Ainsi la caisse nationale joue-t-elle un rôle de compensation et de péréquation, afin d'éviter que les allocataires ressortissant de caisses voisines ne soient traités de façon par trop inégale.

Mais l'essentiel des interventions est laissé à la compétence des caisses et les dotations qui leur sont attribuées constituent le poste de dépenses le plus important du fonds.

Les tableaux ci-après décrivent les ressources et les dépenses du fonds pour les années 1974 et 1975.

- (14) Source : A. MORIVAL - L'action sociale des caisses d'allocations familiales, Dr. soc. 1975, p. 52.

RECETTES DU F.N.A.S.S. EN 1974-1975

Nature des recettes	1974	74/73	1975	75/74
Prélèvement sur cotisations.....	1.255.433	+ 21,6	1.465.091	+ 16,7
Prélèvement complémentaire.....	105.114	+ 23,6	153.391	+ 45,9
Majorations de retard.....	51.124	+ 7,9	64.212	+ 25,6
Recettes diverses.....	155.343	+ 291,2	35.570	
Reprise sur report à nouveau prestations de service.....	51.409		37.837	- 26,4
Prélèvement pour dotation supplémentaire D.O.M.. (15).....			20.000	
Total.....	1.618.423	+ 34,4	1.776.101	+ 9,7
Prélèvement "opérations crèches" (16).....	100.000			
Prélèvement pour prêts aux jeunes ménages.....	241.647	- 16,5		
Remboursements des prêts aux jeunes ménages (17).....	48.353			
Reprises sur crédits non utilisés	126.169			
Total.....	416.169	+ 43,3		
Total général	2.134.592	+ 42,8		

- (15) A. 13.03.1975 - Prélèvement sur le FNPF pour financer l'amélioration de l'habitat et la résorption des bidonvilles dans les D.O.M.
- (16) A. 27.12.1974 - Prélèvement exceptionnel sur le FNPF pour financer la création ou l'aménagement de crèches.
- (17) Prêts aux jeunes ménages assuré par le remboursement des prêts consentis au cours des exercices antérieurs, complété à concurrence de 290 millions par prélèvement sur le FNPF.

DEPENSES DU FNASS EN 1974

Nature des [illegible]	milliers de f.	%	74/73
Dotations [illegible] A.F.....	938.090	49,7	+ 30,3
Dotations aux caisses D.O.M.....	28.402	1,5	+ 5,8
Dotations au régime minier.....	22.605	1,2	+ 2,9
Avances pour prêts aux jeunes ménages.....	416.169	22,1	+ 43,5
Contribution au fonds d'action sociale de la CNAF.....	379.732	20,1	+ 26,5
Subventions CAF - opérations crèches.....	100.000	5,3	
Dépenses diverses.....	720	0,1	- 96,2
Total.....	1.885.718	100	+ 34,9
Virement à report à nouveau	248.874		
TOTAL GENERAL.....	2.134.592		

DEPENSES DU FNASS EN 1975

Nature des dépenses	milliers de f.	%	75/74
Dotations aux C.A.F.....	1.110.202	65,5	+ 18,3
Dotations aux caisses D.O.M.....	53.358	3,2	
Dotations au régime minier.....	26.135	1,5	+ 15,6
Contribution au fonds d'action sociale de la CNAF.....	505.470	29,8	+ 33,1
Dépenses diverses.....	372		- 55,6
Total.....	1.695.537	100	+ 15,4
Virement à report à nouveau	80.564		
TOTAL GENERAL.....	1.776.101		

Pour l'année 1977, les pourcentages de prélèvements étant maintenus au niveau antérieur, le budget du F.N.A.S.S. s'élevera à 2.344 millions de f. auxquels il faudra ajouter 20 millions, prélevés sur le fonds des prestations familiales et constituant une dotation particulière concernant la résorption de l'habitat insalubre dans les départements d'Outre-Mer. Les dépenses prévues sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

- dotations initiales aux organismes.....	1.267 millions
- dotations "prestations de service".....	346 "
- dotations aux CAF pour prise en charge des travailleuses familiales maladie...	90 "
- dotation particulière CAF des D.O.M....	20 "
- dépenses sur exercices antérieurs.....	1 "
- fonds d'action sociale de la C.N.A.F...	640 "
	2.364 "

Enfin il convient de signaler que les opérations d'action sociale propres de la C.N.A.F. sont retracées dans un fonds d'action sociale qui reçoit une contribution du FNASS. L'essentiel des dépenses de ce F.A.S. est constitué par l'octroi de dotations complémentaires ou dotations centres aérés ou subventions et prêts d'investissement aux caisses d'allocations familiales. Le tableau ci-après retrace les opérations du F.A.S. pour les années 1974 et 1975. Dans le budget pour 1977, les crédits du F.A.S. composés de 640 millions versés par le FNASS et de 46 millions résultant pour l'essentiel de remboursements de prêts, seront ainsi répartis :

- dotations complémentaires aux C.A.F.....	80 millions
- aide journalière au fonctionnement des centres familiaux de vacances.....	13 "
- participation au financement d'investissement	
. aide au logement.....	120 "
. équipements sociaux.....	373 "
- bourses accordées aux travailleuses familiales	9 "
- bourses accordées aux autres travailleurs sociaux.....	4 "
- Ecole d'action sociale de la C.N.A.F.....	3 "
- avances à divers organismes sociaux.....	16 "
- dépenses d'information des familles.....	2 "
- aides aux institutions nationales.....	66 "
	686 millions

FONDS D'ACTION SOCIALE DE LA C.N.A.F.

RESSOURCES	1974	%	74/73	1975	%	75/74
Prélèvement sur FNASS.....	379.732	81	+ 26,5	505.470	89,1	+ 33,1
Remboursement de prêts.....	33.062	7	+ 79,6	41.564	7,3	+ 25,7
Recettes diverses.....	56.215	12		20.574	3,6	- 63,4
Total.....	469.009	100	+ 28,5	567.608	100	+ 21

DEPENSES	1974	%	74/73	1975	%	75/74
C.A.F.....	336.171	71,7	+ 22,5	425.830	75	+ 26,7
dotations complémentaires.....	44.097	9,4	+ 41,5	54.828	9,6	- 24,3
dotations centres aérés.....				17.978	3,2	
subventions et prêts d'investissement..	292.074	62,3	+ 20,1	353.024	62,2	+ 20,9
Organismes d'intérêt national.....	50.674	10,8	+ 3,2	59.445	10,5	+ 17,3
Dépenses diverses.....	2.385	0,5	+ 1,1	9.297	1,6	
Total.....	389.230	83,0	+ 19,4	494.572	87,1	+ 27
Réserves pour investissements à réaliser.	79.779	17,0	+ 104,5	73.036	12,9	- 8,4
Total.....	469.009	100	+ 28,5	567.608	100	+ 21

Section 2 - L'assurance vieillesse

L'organisation de la branche vieillesse présente certaines particularités. Au point de vue administratif, tout d'abord, il n'existe qu'une Caisse nationale de l'assurance vieillesse ainsi qu'une caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg. Il n'existe donc pas de caisses à l'échelon local mais, depuis un décret du 5 avril 1968, les caisses régionales d'assurance maladie continuent, à titre provisoire, à assumer pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse les tâches concernant la tenue des dossiers des assurés, la liquidation et le paiement des prestations de vieillesse (1). Par ailleurs, la caisse nationale assure, depuis 1967, la gestion directe de l'assurance vieillesse dans Paris et sa région, soit le 1/3 de la France entière.

L'organisation financière repose sur les mêmes principes que les autres branches. La caisse vieillesse gère en effet un fonds national d'assurance vieillesse, un fonds national d'action sanitaire et sociale et un fonds national de la gestion administrative.

La branche est financée par une cotisation assise sur le salaire de l'assuré, dans la limite du plafond. Elle est pour partie à la charge de l'assuré et pour partie à la charge de l'employeur (2). Le taux de la cotisation s'est accru depuis 1967, par suite des transferts successifs de cotisations des allocations familiales vers l'assurance maladie et l'assurance vieillesse et par augmentation régulière des taux, ainsi que l'indique le tableau suivant :

Année	Taux global	Employeur	Salarié
1967	11,25 %	7,25 %	4 %
1970	11,1 %	7,1 %	4,1 %
1971	11,15 %	7,15 %	4,15 %

- (1) Décret 5 avril 1968, J.O. 12 avril 1968, p. 3768. Le provisoire persiste.
- (2) Les salariés de plus de 65 ans ne paient plus cette cotisation.

- Le fonds régional d'assurance vieillesse

Le fonds est géré par le conseil d'administration de la caisse nationale qui doit établir pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds. Celui-ci doit, en principe, être équilibré mais, comme le fait remarquer M. MARETTE : "L'équilibre n'a que peu de rapports avec l'administration qui en est faite : il dépend en effet, exclusivement de facteurs démographiques et de décisions législatives ou règlementaires." (3)

En recettes, le fonds perçoit essentiellement un prélèvement sur la cotisation vieillesse : 95,26 % en 1972, 95,95 % en 1975 et 96,10 % en 1976. Ce dernier taux a été fixé par arrêté conjoint des ministres du Travail, de la Santé et du ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé de l'Economie et des Finances en date du 16 décembre 1976 (4). On remarque à nouveau que, malgré l'avis de la caisse nationale du 21 juillet 1976, les ressources des fonds sont arrêtées après exécution des opérations, en fin d'exercice. Ce qui ne présente que peu d'inconvénients pour le fonds qui assure le service des prestations et pour lequel n'est établi qu'un état prévisionnel, est beaucoup plus grave pour les autres fonds. Ces derniers ne connaissent les ressources dont ils peuvent disposer qu'après exécution du budget, ce qui semble peu favorable à une saine gestion financière.

II - Le fonds d'action sanitaire et sociale

La Caisse nationale d'assurance vieillesse, comme les autres caisses nationales, exerce une action sanitaire et sociale dont les opérations sont retracées dans un fonds national. Le décret du 5 avril 1968 précité prévoyait la fixation d'un programme par le ministre de tutelle (5). Celui-ci disposait en droit d'une initiative plus large qu'en ce qui concernait les autres branches. Le programme pouvait en effet définir les diverses formes d'action de la caisse nationale mais également les proportions respectives des investissements et des financements ainsi que leurs modalités. Mais, en fait, le programme ne fut fixé que très tardivement, après la mise en oeuvre par la caisse nationale des principes de son action. Les arrêtés du 6 mars 1973 et du 31 janvier 1974 (6) ne

- (3) A. MARETTE, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. R.F.A.S. 1971, n° 2, p. 137.
- (4) A. 16.12.1976, J.O. 12 janvier 1977, p. 323.
- (5) Décret du 5 avril 1968 sur l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale, art. 20.
- (6) A. 6 mars 1973, J.O. 3 avril 1973, p. 3725 ; mod. A. 31 janvier 1974, J.O. 22 mars 1974, p. 3278.

firent que consacrer la pratique suivie par la caisse. On retrouve ainsi les deux préoccupations fondamentales de l'action sanitaire et sociale : amélioration des prestations légales en ce qu'elles ont de trop anonyme ou de trop rigoureux par l'attribution de prestations supplémentaires et création ou amélioration de services et d'équipements sanitaires et sociaux.

La mise en oeuvre de ce programme est effectuée par l'intermédiaire du fonds national. Celui-ci est financé par un prélèvement sur les cotisations vieillesse, variable selon les années. Il a été réduit depuis 1974 afin de tenir compte de l'augmentation globale des cotisations vieillesse décidée en 1973 (7). Il est ainsi passé de 0,75 % en 1971 à 1 % en 1972, pour redescendre à 0,86 % depuis 1974.

Ce prélèvement constitue l'essentiel des ressources du fonds, telles qu'elles figurent dans le tableau ci-dessous, pour l'année 1974 :

- 0,86 % du prélèvement sur cotisations	:	251	millions
- majorations de retard	:	32	"
- revenus du fonds de réserve	:	16	"
- remboursement des prêts	:	14	"
		313	" (8)

Les dépenses du fonds sont décidées par le conseil d'administration de la caisse nationale. Celle-ci exerce elle-même l'action sanitaire dans la région parisienne, par l'intermédiaire de la caisse régionale de Strasbourg dans cette circonscription et avec le concours des caisses régionales d'assurance maladie dans les autres régions. Ces dernières n'agissent que sur recommandation de la caisse nationale pour le financement des aides individuelles. En ce qui concerne les investissements immobiliers, la caisse nationale prend elle-même les décisions sur la base des projets transmis par les caisses régionales avec leur avis. Les problèmes auxquels elle peut se heurter ou les quelques résistances rencontrées sont surmontées en pratique par l'intermédiaire d'une conférence nationale annuelle des Présidents et Directeurs de caisses régionales.

Jusqu'en 1972, la priorité dans les dépenses du fonds était

- (7) Décret 29 décembre 1973.
- (8) Chiffres extraits de : J. Chauvet, L'action sanitaire et sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, Dr. Soc. mai 1975, p. 322.

donnée à l'action immobilière sous l'influence de l'ancienne réglementation du décret du 25 septembre 1959 et compte tenu des besoins dans le domaine du logement et de l'hébergement des personnes agées (9).

A partir de 1972 l'action individuelle a eu la priorité avec le développement de l'aide individuelle : aide ménagère, amélioration de l'habitat, aide aux vacances. Les tableaux ci-dessous retracent cette évolution :

en millions de francs

	1970		1971		1972	
Aide aux personnes	52	33,33 %	74	42,52 %	106	54,9 %
Action immobilière	100	64,18 %	94	54,02 %	80	41,45%

Depuis 1973, l'aide individuelle a connu une croissance régulière :

- 1973 : 151 millions - 55 % des crédits du fonds
- 1974 : 189 " - 60 % "
- 1975 : 237 " - 66 % "

III - Le fonds national de la gestion administrative

Géré par le conseil d'administration de la caisse nationale, le fonds de gestion administrative est financé par un prélèvement sur les cotisations de la branche vieillesse. Celui-ci a été réduit depuis 1972, pour tenir compte de l'augmentation du taux de ces dernières : 3,74 % en 1972, 3,19 % en 1975 et 3,04 en 1976.

Les dépenses du fonds sont constituées tout d'abord par les charges des services administratifs de la caisse nationale ainsi que de ceux de la caisse régionale de Strasbourg qui font l'objet d'un budget distinct.

- (9) Décret du 25 septembre 1959, J.O. 1er octobre 1959, p. 9464.

Le fonds retrace également en dépenses les dotations de gestion administrative aux caisses régionales d'assurance vieillesse, pour la part qui revien t à l'assurance vieillesse dans leur gestion (10).

Le fonds verse enfin une contribution annuelle au fonds du contrôle médical géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Cette contribution est fixée annuellement par arrêté ministériel : 5,8 millions en 1975 et 7,267 millions en 1976 (11). Il verse également une contribution au fonds de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour la part revenant à la branche vieillesse.

- (10) Les modalités d'attribution de ces dotations seront étudiées plus loin, p. 144.
- (11) A. 6 mai 1975, J.O. 22 mai 1975, p. 5132 ; A. 16 décembre 1976, J.O. 12 décembre 1977, p. 323.

C H A P I T R E 2

L'UNITE DE TRESORERIE : L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Le fonctionnement de la Sécurité sociale entraîne un mouvement considérable de capitaux. Depuis 1945 l'administration a cherché à le canaliser et le contrôler.

En règle générale les prestations servies par les organismes ne dépendent pas des cotisations encaissées dans leur ressort territorial. Les ressources sont fixées pour un nombre d'assurés donné sur l'ensemble du territoire. Les besoins des caisses sont par contre fonction de la situation démographique et sanitaire locale. C'est pourquoi il ne saurait être question de réaliser l'équilibre financier au niveau de chaque organisme. Dans une circonscription donnée, cotisations et prestations n'ont pas de lien direct.

Le problème de la trésorerie de la Sécurité sociale a reçu successivement plusieurs solutions. A l'origine, un double système avait été mis en place. Les caisses d'allocations familiales encaissaient directement leurs cotisations et utilisaient les fonds au paiement des prestations, une fraction des cotisations étant affectée à l'action sanitaire et sociale. La Caisse na-

tionale de sécurité sociale effectuait ensuite une compensation en fonction de la composition de la population. Pour les autres caisses existait un circuit beaucoup plus compliqué, les fonds étant centralisés au compte ouvert au nom de la caisse nationale auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Avec la création, spontanée d'abord puis rendue obligatoire en 1960, des unions de recouvrement, puis avec le décret du 7 janvier 1966, le système était progressivement unifié et simplifié. Encaissées par les URSSAF, les cotisations étaient dans un premier temps réparties entre les organismes par arrêté ministériel, ainsi que l'explique cet exemple :

REPARTITION DES COTISATIONS D'ASSURANCES SOCIALES ENCAISSEES APRES LE 31.12.1964. (ARRETE DU 23.02.1965).

Organismes bénéficiaires	Affectation	% des cotisations
Caisses primaires	Gestion des risques.....	44,25
	Gestion administrative.....	3,53
	Action sanitaire et sociale	0,25
Unions de Recouvrement	Gestion administrative.....	0,68
Caisses Régionales	Gestion administrative.....	1,20
	Action sanitaire et sociale	0,55
	Section sociale en faveur des personnes agées.....	0,10
	Contrôle médical.....	0,70
Caisse nationale	Fonds national des assurances sociales.....	48,54
	Fonds d'action sanitaire et sociale.....	0,20

Dans un second temps, le produit de la ventilation pouvant ne pas correspondre aux besoins réels des caisses, la caisse nationale procédait à une compensation des charges au moyen d'avances de trésorerie ou de subventions de compensations (1).

- (1) Sur l'organisation de la trésorerie avant 1967 ; Cf. : N.E.D. n° 3090 - 15 mai 1964 ; M. DOUBLET, La Sécurité Sociale, Thémis - 1966.

Ce système, nous l'avons vu, n'empêchait pas le transfert de fonds des allocations familiales vers les assurances sociales. Les règles posées pour les éviter n'étaient pas respectées. Pour remédier à ce problème, un des points-clés de la réforme fut d'instituer une séparation comptable stricte entre les trois branches du régime général. Mais le principe posé parallèlement de l'unité de trésorerie du régime général vint contribuer à compromettre cette distinction. En effet les textes ont institué le principe de l'unité de la trésorerie du régime général dans l'intention avouée de respecter l'unité du régime général et ne pas paraître le démanteler. Mais ce principe concorde mal avec la séparation comptable. Il y a là un signe évident des intentions gouvernementales : perpétuer la même politique, contrôler le circuit des fonds. Nous en verrons le principe avant d'analyser les organes mis en place, puis le nouveau circuit de trésorerie du régime général.

1 - Le principe de l'unité de trésorerie

L'idée générale du système établi consiste donc à faire la distinction entre d'une part, les opérations comptables et d'autre part les opérations financières correspondantes. Chaque branche est désormais indépendante et a une comptabilité distincte. Ceci visait donc à empêcher pour l'avenir l'utilisation par le secteur assurances sociales des excédents dégagés par le secteur des prestations familiales. La conséquence logique et le complément indispensable de cette séparation résidait dans la mise à la disposition de chacune des caisses nationales des fonds qui lui revenaient. Comme le note M. DUPEYROUX : "il fallait décider que chaque branche aurait sa propre trésorerie et en disposerait." (2)

Au lieu de cela, "afin de ne pas briser l'unité du régime général de sécurité sociale..." (3), les ordonnances de 1967 ont consacré le principe de l'unité de trésorerie. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (A.C.O.S.S.) est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de sécurité sociale. Sans attendre que le Parlement ratifie les ordonnances (cette ratification interviendra le 31 juillet 1968) les mécanismes sont mis en place successivement par les décrets du 22 décembre 1967 et particulièrement le décret 67-1231 relatif à l'ACOSS, et par le décret du 15 mars 1968 relatif à la gestion commune de la trésorerie des organismes de Sécurité sociale. Le principe est donc mis en oeuvre sans l'aval du Parlement, celui-ci ne modifiant pratiquement rien d'ailleurs.

Dès lors, dès leur encaissement par les unions de recouvrement, les cotisations sont versées au compte du Trésor public. Les organismes reçoivent journellement du Trésorier payeur général les fonds nécessaires au paiement des prestations. Le système, dont nous verrons le fonctionnement ci-dessous, apparait donc d'abord comme relativement complexe. Cette complexité provoque un certain nombre de réflexions.

Il est clair tout d'abord que l'objectif réel du principe de l'unité de trésorerie est un objectif politique : il s'agissait pour le gouvernement de s'assurer la disposition des ressources de la Sécurité sociale. Celle-ci fait partie des correspondants du Trésor et alimente les caisses du Trésor public. Les assujettis se voient privés de la disposition des fonds qui leur

- (2) J.J. DUPEYROUX, Faut-il étatiser la sécurité sociale ? Le Monde 1 février 1973.
- (3) Rapport au Président de la République précédant les ordonnances.

appartiennent. On peut à cet égard constater que dans les autres régimes : régime agricole, régimes spéciaux et régime des travailleurs non-salariés, le circuit des fonds est très simplifié. Les organismes conservent la libre disposition directe des ressources qu'ils perçoivent eux-mêmes. Certes le circuit est minutieusement contrôlé et des modalités strictes de placement et d'utilisation des fonds disponibles tempèrent cette liberté. Mais on peut dire que leur autonomie est posée en principe ; les fonds qui leur appartiennent sont laissés à leur disposition. Dans le cas du régime général, on pose en principe au contraire que les ressources de cotisations n'appartiennent pas aux organismes mais leur sont restitués en fonction de leurs besoins. C'est donc en principe le Trésor qui en a la libre disposition. Tout se passe en fait comme si les cotisations étaient versées directement au Trésor, à l'Etat. De ce point de vue on peut affirmer que les ressources de la Sécurité sociale sont étatisées.

Ceci introduit de plus un facteur de complexité excessive dans le circuit. Comme le remarque M. BING, le système instauré consacre : "la main mise de fait de l'Etat sur le budget de la Sécurité sociale et l'utilisation par le Trésor public des disponibilités de trésorerie provenant des cotisations encaissées par les organismes de Sécurité sociale." (4)

Ce premier objectif est complété par le fait que l'unité de trésorerie annula pratiquement les conséquences que l'on aurait pu attendre de la séparation des trois branches du régime général. "Dans ces conditions, comme dans la période précédente, ceux qui ont la responsabilité d'alimenter en trésorerie les divers organismes payeurs, ne peuvent qu'utiliser les "excédents" des prestations familiales pour couvrir les dépenses maladie." (5) Un des objectifs essentiels de la réforme est donc purement et simplement privé de sens et ce, dès le départ. L'évolution a confirmé ceci, c'est un point que nous avons déjà noté et la Cour des Comptes le confirmait : "C'est donc essentiellement grace au supplément de ressources dégagé par cette branche (allocations familiales) qu'a pu être compensé (...) le déficit de l'assurance maladie, et sauvegardée jusqu'en 1973 la situation d'ensemble du régime général." (6). L'institution de cette Agence centrale et de l'unité de trésorerie a permis à la Caisse nationale d'assurance maladie de puiser dans la trésorerie commune tandis que la Caisse nationale d'allocations familiales ne pouvait utiliser les excédents dont elle

- (4) J. BING, Questions de sécurité sociale, 1968, p. 131.
- (5) Bull. CAF, 1975, p.5
- (6) Cour des Comptes, rapport sur l'année 1972, J.O. Documents Administratifs, 22 juin 1974, p. 2143.

était théoriquement créditée. On voit donc nettement à quel point le principe d'unité de trésorerie est contradictoire avec le principe de l'autonomie de la sécurité sociale. D'autant plus que les organes mis en place, Agence et unions de recouvrement, sont étroitement contrôlés par l'Etat.

2 - Les organes : l'ACOSS et les unions de recouvrement

Créée par l'article 47 de l'ordonnance 67-706 et organisée par les articles 48 à 50 de cette même ordonnance, le décret 67-1231 et le décret 68-244 du 15 mars 1968, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale doit assurer la gestion commune de la trésorerie des différents risques. A l'instar des trois caisses nationales, elle a reçu le caractère d'établissement public administratif national. A ce titre, elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, à ce même titre elle est soumise au contrôle du ministre de la Sécurité sociale et du ministre de l'Economie et des Finances. Elle est administrée selon le principe paritaire, son conseil d'administration est composé de 4 représentants de chacune des trois caisses nationales, 2 représentants des salariés et 2 représentants des employeurs. Si les représentants des caisses nationales sont désignés par les conseils d'administration de celles-ci, le président du conseil est, lui, nommé par décret sur proposition du ministre chargé de la Sécurité sociale, à la différence des autres organismes nationaux (7). Le directeur de l'agence est également nommé par décret et le reste du personnel de direction et, en particulier, l'agent comptable, est nommé par arrêté conjoint des ministres de tutelle. Ces derniers, ainsi que le ministre de l'Agriculture sont, de plus, représentés auprès du conseil par quatre commissaires du gouvernement qui assistent aux séances et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent (8). On peut donc voir que le contrôle de l'Etat est très étroit sur la constitution de l'organisme. C'est ainsi que l'on peut remarquer que, depuis 1968, le président du conseil d'administration est M. Robert JAUSSAUD, inspecteur général des affaires sociales. C'est donc un membre d'un corps de contrôle de la Sécurité sociale qui préside le conseil d'administration de l'organisme chargé d'assurer la gestion commune de la trésorerie de l'ensemble du régime général.

- (7) Décrets du 15 mars 1968, J.O. 17 mars 1968, p. 2741 et du 4.11.1975 - J.O. 7.11.1975, p. 11459.
- (8) Le ministre de l'Economie et des Finances est en effet représenté par 2 commissaires.

Au titre de cette fonction, l'Agence exerce un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement. Jusqu'en 1967, ces organismes constituaient des services communs aux caisses de sécurité sociale. Ils sont devenus en 1967 des organismes autonomes sous la seule direction de l'agence. Le contrôle des organismes de gestion a donc échappé totalement aux assurés sociaux. L'évolution a consacré le passage progressif des unions sous le contrôle exclusif de l'Etat, par l'intermédiaire de l'agence. Les unions sont gérées par un conseil d'administration composé de 18 membres : 9 représentants des salariés, 6 représentants des employeurs et 3 représentants des travailleurs indépendants qui sont nommés par arrêté du ministre de la Sécurité sociale parmi les administrateurs des caisses ou non. Un contrôle permanent est exercé par l'Etat grâce à la présence du Trésorier-payeur général ou de son représentant qui assiste aux réunions du conseil avec voix délibérative.

Afin de couvrir les frais de fonctionnement des unions et de l'agence, celle-ci gère un fonds national de la gestion administrative. On retrouve des mécanismes comparables à ceux que nous étudierons pour les trois branches du régime général.

L'agence établit annuellement un budget relatif au fonds et le communique aux ministres de tutelle. Les recettes du fonds sont constituées par un prélèvement opéré sur les ressources des trois caisses nationales, au prorata du montant des cotisations et des majorations de retard encaissées au titre des trois risques. Le montant du prélèvement doit être égal au montant des dépenses du fonds (9). Celles-ci sont représentées tout d'abord par les charges de fonctionnement et en capital des services administratifs de l'agence. C'est ainsi que le budget primitif des services administratifs de l'agence pour 1976, a été approuvé par arrêté et fixé à 28 031 937 francs.(10). Le fonds retrace en second lieu les dotations, subventions et avances aux unions de recouvrement pour leurs charges de fonctionnement et leurs dépenses en capital. Le fonds supporte également des frais communs aux trois caisses nationales : contribution annuelle au centre des travailleurs migrants (11), contribution aux dépenses de fonctionnement du centre d'études supérieures de sécurité sociale, contribution aux dépenses de fonctionnement de l'Union des caisses nationales de

- (9) A. 16 avril 1976, J.O. 25 avril 1976, p. 2496. L'arrêté est pris annuellement en application de l'article 51 du décret n° 67-1230 du 22 décembre 1967, précité.
- (10) A. 20 juillet 1976 publié au J.O. du 16 février 1977, N.C. p. 963.
- (11) Ceci en vertu de l'article 9 du décret du 27 mars 1959, J.O.2 avril 1959, p. 3830.

sécurité sociale. L'essentiel des dépenses du fonds est constitué par les dotations de gestion administrative des unions de recouvrement. Jusqu'en 1976, le mode de calcul des dotations apparaissait comme très complexe. Il faisait application d'un grand nombre de paramètres considérés comme représentatifs de l'activité des unions de recouvrement. C'est ainsi que la dotation pour 1976 était fixée par arrêté, selon la formule suivante (12) :

1- 0,23 % des cotisations et majorations de retard encaissées au titre des trois risques ; 0,24 % pour les unions qui effectuent les opérations d'immatriculation des employeurs. D'autre part les cotisations et majorations de retard encaissées au titre des salariés sont affectées de correctifs.

2- 23,50 f. par opération d'encaissement,

3- 43 f. par opération effectuée dans l'année. Ces opérations sont essentiellement de nature judiciaire : citations, procédure de saisie, assignations, recouvrement par contrainte etc...

4- 20.500 f. par contrôleur agréé,

5- Une somme forfaitaire par bordereau nominatif transmis dans l'année aux caisses régionales pour report, de 0,76 f. pour les concierges et gens de maison et 2,90 f. pour les autres assurés.

On voit donc la complexité du mode de calcul de la dotation, et on pouvait se demander si il n'existait pas des procédés plus simples et tout aussi représentatifs de frais de gestion par nature assez peu aléatoires. On pouvait appliquer ici les mêmes réflexions qu'au sujet des dotations de gestion administrative attribuées par les caisses nationales aux organismes locaux. On rappellera ici que la Caisse nationale d'assurance maladie a abandonné le système de calcul paramétrique pour celui de l'évaluation à partir du budget administratif des organismes locaux, et que le système fonctionne de façon également satisfaisante.

Il a été décidé alors de procéder, à dater du 1 janvier 1977, à l'évaluation du budget de gestion administrative en fonction des besoins des unions de recouvrement (13). Compte tenu des crédits inscrits au budget du fonds national, l'agence arrête la dotation de gestion administrative de chaque union, en fonction du budget présenté par celle-ci et de l'avis émis par le directeur

- (12) A. 16 avril 1976 - J.O. 25 avril 1976 - p. 2496. La formule est ici reproduite de façon résumée mais donne une idée de la complexité et de la lourdeur du calcul.
- (13) A. 9 juillet 1976 - J.O. 29 juillet 1976, p. 4625.

régional de la sécurité sociale sur celui-ci. D'autre part, mais nous reviendrons là-dessus (14), le budget de gestion des unions ne sera exécutoire qu'après approbation par le directeur régional, en vertu de l'article 171 du Code de sécurité sociale.

On voit donc ici à nouveau à quel point le fonctionnement des organismes de trésorerie est sous le contrôle de l'Etat.

3 - La trésorerie du régime général

L'ACOSS avait reçu de l'ordonnance 67-706 précitée la charge d'assurer, outre la gestion commune de la trésorerie, toutes les tâches d'intérêt commun que les caisses nationales pourraient lui déléguer. Cette disposition a été supprimée par la loi de ratification du 31 juillet 1968. C'est l'Union des caisses nationales qui assure l'exécution de ces tâches communes.

Le principe général, nous l'avons vu, a été posé par l'article 47 de l'ordonnance : l'ACOSS est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents risques relevant des trois caisses nationales dans des conditions fixées par décret. Le décret est intervenu le 15 mars 1968, soit avant ratification des ordonnances par le Parlement. Selon ce décret, en son article 3, les attributions de l'agence sont les suivantes :

Elle organise les circuits d'encaissement des cotisations et des contributions affectées aux fonds nationaux des caisses nationales. Elle reçoit des organismes chargés du recouvrement, unions et autres, les cotisations et les contributions prévues par les textes en vigueur. Elle assure la trésorerie des organismes de sécurité sociale, selon les échéanciers que ceux-ci lui adressent. Elle procède, dans ses écritures au règlement des créances et dettes nées entre les organismes du régime général ainsi qu'entre ces derniers et ceux des autres régimes. Elle notifie enfin aux trois caisses nationales le montant des ressources et le montant des dépenses correspondant aux gestions dont elles ont la charge.

Pour l'exercice de sa mission l'agence a un pouvoir de direction et de contrôle sur les organismes de recouvrement. Il s'agit véritablement d'un pouvoir hiérarchique puisqu'aux termes du décret précité, elle donne des instructions et peut effectuer des contrôles sur pièces et sur place.

- - (14) Cf. partie II.

Le décret définit les opérations de trésorerie comme "tous les mouvements de numéraire, de valeurs mobilisables, de comptes de dépôts et de comptes courants." Ces opérations sont effectuées par les agents comptables des organismes, soit spontanément, soit sur l'ordre des ordonnateurs ou à la demande des représentants qualifiés de l'agence ou des autorités de tutelle et selon les modalités prévues par les textes. Nous verrons successivement comment est opéré l'encaissement des fonds, comment sont effectuées les dépenses.

A - L'encaissement des fonds

Selon l'article 3 du décret du 15 mars 1968, l'ACOSS organise les circuits d'encaissement des cotisations et des contributions affectées aux fonds nationaux (15). Elle reçoit des organismes chargés du recouvrement le produit des cotisations et des contributions.

Elle donne les instructions nécessaires aux organes de recouvrement et a reçu pouvoir d'effectuer des contrôles sur pièces et sur place.

L'encaissement se fait par l'intermédiaire des organismes de recouvrement qui disposent à cet effet d'un compte courant postal et de comptes ouverts dans les banques agréées et chez les comptables du trésor. Ces comptes ne peuvent servir qu'aux opérations de recouvrement (16).

Chaque jour, les sommes encaissées par ces comptes courant sont transférées à un "compte unique de disponibilités courantes" ouvert à la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'ACOSS. Les subdivisions de ce compte, au siège de la Caisse des dépôts ou chez ses préposés, ne peuvent être débitrices.

"Ainsi l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (...) devient l'unique destinatrice de la trésorerie résultant de l'encaissement des cotisations et des majorations." (17). Le produit de l'encaissement entrant, dans sa totalité, dans le patrimoine de chacune des trois caisses nationales pour la part lui revenant en fonction de la législation en vigueur. L'ACOSS

- (15) Décret 68-244, J.O. 17.03.1968, p. 2740.
- (16) Les frais de fonctionnement du CCP de recouvrement des cotisations peuvent être débités d'office.
- (17) Circ. SS n° 14/68, B. Min. Aff. Soc. 1968, 19 814.

notifie aux trois caisses leurs droits respectifs. A cet effet, les organismes de recouvrement doivent chaque mois, par le moyen d'un "état de répartition mensuel", faire connaître à l'ACOSS la part des cotisations et majorations revenant à chaque caisse nationale (18). Cependant que la Caisse des dépôts ou son préposé adresse tous les jours à l'agence et à l'union de recouvrement, la situation de la subdivision territoriale du compte unique de disponibilités courantes.

B - Le paiement des dépenses

Le principe général est posé dans l'article 3 du décret du 15 mars 1968 : l'agence assure la trésorerie des organismes de Sécurité sociale selon les échéanciers que ceux-ci lui adressent à des dates aussi voisines que possible de celle des paiements. Elle procède dans ses écritures, sur instruction des caisses nationales, au règlement des créances et dettes nées entre les organismes de Sécurité sociale ainsi qu'au règlement des créances et dettes réciproques de ces organismes et des organismes relevant d'autres régimes de sécurité sociale.

En ce qui concerne ces créances et dettes, le règlement intervient donc par compensation et jeu d'écritures selon la technique courante. C'est par contre une technique spéciale qui est utilisée pour les règlements et versements. Les organismes payeurs utilisent en effet la trésorerie par l'intermédiaire de "comptes spéciaux d'exécution", prévus à l'article 7 du décret.

Ces comptes spéciaux d'exécution sont de véritables comptes financiers, ouverts d'office à dater du 1 mai 1968 au nom de chaque organisme payeur dans les écritures des préposés de la Caisse des Dépôts et consignations. Chaque organisme ouvre dans ses propres écritures un compte homologue. Celui-ci permet à l'organisme payeur de régler ses dépenses et de procéder à des retraits de fonds. L'agent comptable prescrit les règlements de dépenses et les virements ou retraits de fonds qu'il est habilité à opérer sur le dit compte spécial d'exécution. Au vu des ordres, le préposé de la Caisse des dépôts procède aux règlements, virements et retraits.

L'utilisation de la trésorerie est cependant soumise à certaines limites, dont l'essentiel est précisé par l'article 8 du décret : "Les

- (18) Ibid. p. 4.

dépenses des organismes de sécurité sociale interviennent dans la limite d'un échéancier des besoins établi par chaque organisme payeur et approuvé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale." Cet échéancier est déterminé en fonction du calendrier des sommes dues par les organismes payeurs et de leurs recettes prévisibles au cours de la période considérée.

Sur le plan local, la mobilisation de la trésorerie par les organismes se fait d'abord dans la limite des ressources allouées par les fonds nationaux, sous forme de dotation, subvention ou avance. Il y a donc là une première limite : ces attributions constituent le maximum des crédits que l'organisme payeur pourra prélever, par exercice, sur le compte unique de disponibilités courantes par le canal du compte spécial d'exécution. Il ne pourra donc y avoir de prélèvement que si un crédit a été ouvert à cet effet par l'organisme national qui doit veiller à l'équilibre de ses différents fonds. Les organismes suivent ainsi la consommation des crédits ouverts par l'organisme national compétent et notamment leur agent comptable par la tenue des comptes relatifs à ces opérations. Les tirages effectués par le canal du compte spécial d'exécution ne peuvent en aucune façon dépasser le montant des dotations, subventions et avances. La responsabilité de l'agent comptable de l'organisme payeur serait engagée si les limites de l'échéancier étaient dépassées.

Si le rythme de consommation des crédits fait prévoir une insuffisance, la caisse doit prendre toute mesure nécessaire au respect des limitations budgétaires en ce qui concerne les dépenses ayant fait l'objet d'un budget : gestion administrative, action sanitaire et sociale, etc... Elle peut également recourir à la procédure classique des modifications budgétaires afin de demander des crédits supplémentaires. En ce qui concerne le service des prestations qui fait l'objet en début d'exercice d'états prévisionnels, la caisse doit intervenir à temps auprès de la caisse nationale afin d'obtenir des subventions, avances ou compléments de dotations "autorisant la mobilisation de la trésorerie nécessaire au règlement des dépenses restant à exécuter jusqu'à la fin de l'exercice." (19)

Il y a une seconde limite aux dépenses et encaissements : ceux-ci se font dans la limite d'échéanciers établis par les organismes et approuvés par l'agence. Les organismes payeurs comme les organismes de recouvrement sont tenus de fournir constamment à l'Agence centrale des renseignements

- (19) Circulaire nº 14/68, p. 15. Etant donné que les prestations légales ne peuvent pas ne pas être payées, cette disposition reste de pure forme. Quoiqu'utile pour régulariser la situation, elle démontre essentiellement la lourdeur et la complexité des mécanismes mis en place en 1968.

dans le but d'éviter tout décalage entre les avoirs et les besoins de trésorerie au niveau de chaque ligne territoriale du compte unique de disponibilités courantes. Ils sont invités à tout mettre en oeuvre pour éviter un décalage entre entrées et sorties de fonds. A cet effet ils fournissent tous les renseignements nécessaires par le moyen des échéanciers : échéanciers d'encaissement et échéanciers de dépenses. L'échéancier des dépenses du compte unique est établi par chaque organisme payeur, y compris les caisses nationales. Il concerne les dépenses réglées par le moyen du compte unique et non les dépenses qui seront réglées sur les encaissements propres de l'organisme.

Ces échéanciers sont établis sur la base des recettes et des dépenses journalières pendant un mois sous la responsabilité directe du directeur de l'organisme en collaboration avec l'agent comptable. Ils sont ensuite transmis à l'agence centrale pour les caisses nationales et les organismes parisiens, dans le mois qui précède. L'agence procède à leur approbation et les notifie au directeur et à l'agent comptable. Les caisses primaires et les caisses d'allocations familiales adressent un exemplaire à l'union de recouvrement de leur circonscription qui dresse un état regroupant échéancier de dépenses et échéancier d'encaissement et le communique au directeur régional de la sécurité sociale. Celui-ci les approuve et les notifie au directeur et à l'agent comptable de l'organisme. L'agent comptable est seul responsable du respect du calendrier des dépenses tel qu'il est fixé par l'échéancier.

Le montant global de l'échéancier est limitatif. Une augmentation en cours d'exécution doit être demandée conjointement par le directeur et l'agent comptable. Elle est autorisée soit par l'agence centrale lorsqu'il s'agit d'un organisme parisien, soit par le directeur régional dans les autres cas.

La date fixée par l'échéancier est également impérative. Nulle dépense ne peut être effectuée avant la date normale dès lorsqu'il s'agit de procéder au règlement de l'échéance normale des prestations périodiques, traitements et salaires et, sur décision de l'Agence centrale, des dépenses en capital. Cette limite ne concerne pas les autres dépenses. Par contre les sommes non mobilisées à la date prévue peuvent l'être les jours suivants et pendant les trois premiers jours du mois suivant. Les subventions, prêts et avances au titre de l'action sanitaire et sociale et de la prévention des accidents du travail, que la Caisse nationale compétente inviterait les organismes de base à payer sans que ce soit prévu dans l'échéancier, peuvent néanmoins être mobilisées sous condition que l'invitation de la caisse nationale porte le visa de l'agence centrale.

L'agent comptable est enfin tenu de noter par journée les différences d'exécution entre les prévisions et la mobilisation effective des fonds. Il procède à l'analyse des causes des différences présentant un caractère anormal. Il dresse ainsi au début de chaque mois un "état des écarts d'exécution sur échéancier", cependant qu'il établit parallèlement un "état des écarts d'exécution sur encaissements propres de l'organisme." Ces états, ainsi que les observations du directeur et de l'agent comptable, sont communiqués avant le 8 du mois suivant l'exécution, à l'agence centrale pour les organismes parisiens et au directeur régional pour les autres. Ils constituent un instrument de vérification en vue d'améliorer les prévisions mais également et surtout un moyen de contrôle a posteriori de l'exécution des dépenses prévues par l'échéancier.

C - Le placement des fonds

Dans le système antérieur à 1967, des arrêtés du ministre des Affaires sociales avaient fixé le niveau du fonds de roulement que les différents organismes étaient autorisés à détenir. Si ce niveau n'était pas atteint, la Caisse nationale versait une avance de trésorerie, dans le cas contraire, la caisse devait verser les excédents de trésorerie constatés à la Caisse nationale.

Dans la mesure où elles disposaient d'excédents, les caisses pouvaient effectuer des placements en valeurs de l'Etat ou garantis par l'Etat, obligations et bons des départements, communes ou établissements publics, obligations du Crédit Foncier, etc... Tous les placements étaient décidés par le conseil d'administration des caisses. Certains placements mobiliers étaient soumis à un agrément du conseil d'administration de la Caisse nationale. Tous les placements immobiliers étaient soumis à cet agrément et à l'autorisation des commissions départementales de contrôle des opérations immobilières. Dans l'ensemble les placements devaient répondre à trois conditions : sécurité, commodité et utilité économique et sociale. Ainsi les institutions de sécurité sociale pouvaient seconder la politique économique et financière de l'Etat par leurs placements en valeurs d'Etat, obligations du Crédit Foncier ou prêts aux collectivités locales. Ceci créait des liens entre les fonds de sécurité sociale et les fonds publics.

Depuis 1967, nous l'avons vu, tous les fonds du régime général sont déposés à la Caisse des dépôts et consignations. L'ensemble des opérations d'encaissement et de dépenses laisse parfois des excédents. C'est ainsi par exemple que la situation faisait apparaître 5.208 millions au 31 décembre 1970

et un excédent évalué à 7.521 millions au 31 décembre 1971. Or les articles 60 et 61 du décret 67-1230 du 22 décembre 1967 disposent respectivement que les intérêts créditeurs sur dépôt au compte des disponibilités courantes à la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'agence centrale sont répartis entre les trois caisses nationales au prorata du produit des cotisations leur revenant ; et que les disponibilités excédant les besoins de l'agence centrale font l'objet d'un placement en valeurs d'Etat, valeurs garanties par l'Etat ou valeurs mobilisables. L'article 61 précise encore que l'agence effectue ces placements par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et consignations qui garde et gère ces valeurs. Le produit des placements est ensuite réparti entre les trois caisses nationales au prorata des excédents des risques gérés.

Le conseil d'administration de la C.N.A.F. a été amené au cours des années 1971, 1972 et 1973 (20) à se préoccuper du problème du placement des fonds. Cela a été l'occasion de l'ouverture d'un débat important, puisant de graves problèmes et c'est pourquoi il n'est pas inutile d'en rappeler ici le déroulement, car l'ensemble des problèmes soulevés éclaire particulièrement tout le problème de l'agence centrale, de la trésorerie commune et de l'attitude des pouvoirs publics.

Rappelant dans une lettre de 1971 (21) que les fonds disponibles jusqu'à ce jour étaient rémunérés au taux de 1 % versé par le Trésor Public (22) et les dispositions du décret du 22 décembre 1967, le conseil d'administration de la C.N.A.F. faisait remarquer que si des placements avaient été effectués, les taux d'intérêt obtenus auraient été supérieurs à celui de 1 % pratiqué et que le produit des placements aurait été réparti entre les caisses nationales au prorata des excédents des risques gérés. Il faisait ressortir que l'inapplication des textes était très préjudiciable à la C.N.A.F. dont les fonds, du fait de la non utilisation d'une part importante des cotisations allocations familiales, constituaient la majeure partie des fonds disponibles. Il ajoutait que la

- (20) Cf. Bulletin C.A.F. 1971, n° 1, p. 58 - 1972, n° 10, p. 144 - 1973, n° 1, p. 12 - 1973, n° 10, p. 144.
- (21) Bull. CAF 1971, précité.
- (22) C'est le taux de l'intérêt versé par le Trésor Public à ses correspondants. Mais comme le note le Rapport Grégoire : "La faible rémunération des fonds de trésorerie doit être replacée dans un ensemble complexe de rapports financiers, qui ne sont peut être pas défavorables au régime général compte tenu de la garantie complète du Trésor Public et des avances sans intérêt parfois non remboursées qui ont été consenties". Bull. C.A.F. 1976- 4.47.

moitié au moins des disponibilités propres de la C.N.A.F. pouvait être placée à un taux minimal de 5 %, tout en laissant à l'A.C.O.S.S. un solde suffisant pour couvrir les besoins de la trésorerie commune. Le ministre avait répondu que cette situation " appelait en effet la recherche des solutions appropriées" et qu'il envisageait après une étude préliminaire, une réunion à laquelle participeraient les représentants du ministre de l'Economie et des Finances.

Le problème ayant été ainsi posé, le conseil de la C.N.A.F. constatait le 14 mars 1972 qu'aucune suite n'était donnée et les représentants de la C.N.A.F. reposaient le problème au cours de la réunion du conseil d'administration de l'A.C.O.S.S. du 15 mars 1972. Ils insistaient sur l'évolution des disponibilités, 7.521 millions au 31 décembre 1971, et sur l'importance des fonds de la C.N.A.F. dans ces disponibilités : 80 %, rappelant l'importance du produit pour cette dernière qui affecte les intérêts perçus à son fonds d'action sanitaire et sociale.

Nous retiendrons pour l'instant un certain nombre de points que révèlent ces débats. Outre la faible rémunération des fonds par le Trésor Public et la confirmation de la thèse selon laquelle cette trésorerie commune répondait à la volonté du gouvernement de garder à sa disposition les fonds de la Sécurité sociale, le débat révèle encore une fois la volonté bien déterminée de laisser inappliquées un certain nombre des dispositions arrêtées en 1967. Ces remarques ont reçu confirmation par la suite dans la manière dont les pouvoirs publics ont justifié leur position, et les arguments soulevés sont très révèlateurs. Le directeur du Trésor tout d'abord, dans une lettre du 18 mai 1972, soutenait que les cotisations ont un caractère parafiscal. Le représentant du ministre de l'Economie et des Finances déclarait ensuite que les cotisations sont des fonds publics sous le prétexte que les organismes de Sécurité sociale sont des organismes privés chargés d'un service public et que les organismes nationaux ont le statut d'établissement public. On voit donc bien la thèse de l'administration : les fonds de Sécurité sociale sont des fonds publics et non la propriété des organismes de Sécurité sociale, en fait des assurés. Cette thèse confirme donc que ces fonds sont considérés comme étatisés et confirme l'intention manifestée dans l'établissement de la trésorerie commune. On touche évidemment là au débat de fond et on sait que ce débat sur la nature juridique des cotisations de sécurité sociale n'est pas clos (23). Mais il explique les posi-

- (23) Ainsi M. J.J. DUPEYROUX laisse le débat ouvert : Droit de la Sécurité Sociale, Dalloz, 1975, p. 737 - Cf. également J. BING, Réflexions sur l'équilibre financier de la sécurité sociale - Questions de S.S. 1976, p. 12.

tions respectives : pour l'administration les cotisations sont des fonds publics, pour les administrateurs des caisses, le produit des cotisations reste la propriété des assurés. Sans entrer ici dans le débat, il faut néanmoins remarquer que la nature juridique des organismes ne peut à elle seule qualifier la nature des fonds constituant la trésorerie de ces organismes.

Le directeur du Trésor faisait également valoir un argument selon lequel les fluctuations de trésorerie étaient telles qu'il ne paraissait pas possible de mieux les rémunérer. Le président de l'A.C.O.S.S. a alors fait remarquer que les montants minima au dessous desquels la masse de trésorerie n'est jamais descendue au cours des années 1971 et 1972 étaient de 3.500 millions de francs en 1971 et 4.960 millions entre janvier et mai 1972. Par conséquent, rien ne s'opposait à un placement de ces excédents. Les représentants de la C.N.A.F. insistaient à nouveau sur la nécessité de la fixation du niveau plafond de trésorerie nécessaire au fonctionnement de l'ensemble des branches, afin de déterminer les sommes disponibles pouvant faire l'objet de placements plus avantageux que le 1 % de la Caisse des dépôts.

A la suite de ces diverses péripéties, le 26 septembre 1972, au cours de la réunion du conseil d'administration de la C.N.A.F., le représentant du ministre de l'Economie et des Finances a indiqué qu'il était envisagé d'autoriser le placement des disponibilités en valeurs mobilières à concurrence d'un milliard de francs et sous réserve d'affecter le produit de ce placement à la couverture des risques. Ce placement a été décidé par le conseil d'administration de l'A.C.O.S.S. dans sa réunion du 27 juin 1973. Ceci appelle encore diverses remarques.

La décision d'effectuer le placement, comme son montant, a été prise par le ministre de façon totalement discrétionnaire. Le conseil d'administration de la C.N.A.F. a d'ailleurs élevé une protestation contre ce procédé qui est révélateur des relations entre les Caisses nationales et les autorités de tutelle. Ce sont ces dernières qui dirigent véritablement l'A.C.O.S.S. Les conditions posées, c'est-à-dire l'affectation aux comptes des risques des intérêts produits, sont intervenues en violation directe des dispositions du décret du 22 septembre 1967 qui dispose en son article 63 qu'il revient aux caisses nationales d'affecter soit au fonds d'action sanitaire et sociale, soit au fonds de la gestion administrative les produits. Là encore la C.N.A.F. a élevé une protestation mais en vain. Il s'avère donc très précisément que l'administration considère les fonds de trésorerie comme des fonds publics, à son

entière discrétion. Les excédents dégagés presqu'en permanence par la branche des prestations familiales sont une tentation quasi permanente pour combler les déficits de l'assurance maladie au mépris de la séparation introduite en 1967. C'est la crainte qui apparaît à nouveau chez les gestionnaires de la C.N.A.F. constatant que, malgré les prévisions pessimistes, les années 1975 et 1976 laissaient des excédents respectifs de 1,750 puis 3,2 milliards, tandis que les prévisions pour 1977 et 1978 faisaient espérer respectivement 4,1 puis 7 milliards d'excédents. Quoi de plus tentant pour les pouvoirs publics que cette masse de trésorerie. Si les prestations familiales connaissent de tels excédents, pourquoi ne pas transférer à nouveau des points de cotisations vers une branche en déficit, l'assurance maladie ?

En conclusion sur ce principe de l'unité de trésorerie et dix ans de fonctionnement, on voit que les prévisions étaient exactes. L'institution de l'agence centrale consacrait la main-mise de l'Etat sur des fonds qu'il considère comme sa propriété et une volonté délibérée d'utiliser comme par le passé les excédents des prestations familiales pour combler les déficits de l'assurance maladie. Les évènements que nous avons pu décrire sont de plus très révélateurs de l'emprise totale des ministres de tutelle sur le fonctionnement de l'agence au mépris de la règlementation en vigueur par moments.

T I T R E I I I

LE FONCTIONNEMENT FINANCIER DU REGIME GENERAL

Dans le fonctionnement du système que nous venons de décrire, les ordonnances de 1967 avaient voulu confier aux caisses nationales d'importantes responsabilités. Et même, à vrai dire, il découlait des textes que les caisses nationales détiendraient la responsabilité majeure : gérer leur branche respective et veiller à leur équilibre financier. Responsables des cotisations qui sont la propriété des assurés, chacune des caisses nationales devait définir les modalités de financement du risque dépendant d'elle, alimenter les caisses par l'octroi de dotations, veiller à l'équilibre financier de chacun des organismes et décider ou proposer selon les cas les mesures propres à maintenir ou rétablir l'équilibre financier de l'ensemble. C'est ainsi que le principe général, posé dans les motifs des ordonnances : "Chacune des trois caisses nationales devra équilibrer ses dépenses et ses recettes, en prenant toutes mesures appropriées sous le contrôle de l'Etat.", pouvait sembler revenir sur les erreurs antérieures et restaurer l'autonomie et la responsabilité des caisses.

Le système reposait sur trois grandes dispositions. Les caisses nationales devaient tout d'abord, par l'intermédiaire des fonds nationaux, assurer le financement de leur branche par un système de dotations aux organismes locaux. Il leur appartenait de définir les modalités de détermination de ces dotations de manière à réaliser les conditions de l'équilibre financier. Il leur revenait ensuite de coordonner, contrôler voire diriger leur branche respective et les organismes de base en veillant à l'équilibre financier de chacun d'entre eux. Il leur revenait enfin, et surtout en ce qui concerne la

C.N.A.M., de rétablir l'équilibre financier de l'ensemble de la branche, en agissant sur les cotisations et les prestations.

C'était donc bien leur confier la gestion du régime général, sous le contrôle de l'Etat. C'est cet ensemble de responsabilités que nous allons décrire en recherchant si les caisses nationales ont pu remplir ce rôle et si elles sont réellement les gestionnaires du régime général sur le plan financier.

Chapitre 1 - Le financement des branches = les dotations

Chapitre 2 - L'équilibre financier du régime général

C H A P I T R E 1

LE FINANCEMENT DES BRANCHES : LES DOTATIONS

La première responsabilité de chacune des trois caisses nationales est de financer la branche qui dépend d'elle. Le système instauré prévoit donc que, par l'intermédiaire des fonds nationaux les caisses nationales attribuent aux caisses locales des dotations pour leur permettre de faire face à leurs dépenses. Les conditions et les modalités de détermination de ces dotations sont variables. Il faut d'abord distinguer dans l'activité des caisses le service des prestations et les charges annexes : gestion administrative et action sanitaire et sociale.

Dans le premier cas, les charges des caisses consistent à verser des prestations définies par les textes et dont le volume n'a aucun rapport avec le montant des cotisations encaissées dans la circonscription. Le montant des prestations dépend de la situation démographique, sociale, sanitaire etc... de la circonscription. Il dépendra de la consommation médicale, du nombre et de la structure des familles. Mais les prestations ne peuvent pas ne pas être payées dès lors que les conditions légales de leur obtention sont remplies. Les caisses dressent alors un état prévisionnel des dépenses et non un budget, en principe limitatif. Il est clair qu'en la matière la tâche des caisses d'assurance maladie est plus difficile et plus complexe que celle des caisses d'allocations familiales. La mise sur pied d'un mode de détermination de dotation dépend d'un grand nombre de paramètres et d'un grand nombre d'éléments qu'il faut évaluer aussi précisément que possible et présente donc une grande difficulté. Cette tâche une fois accomplie, la dotation d'une caisse, accordée à l'avance pour un

exercice, devra en principe être respectée dans son montant. Si elle ne l'est pas, il faudra analyser les causes du dépassement et y porter remède. Mais cela ne saurait remettre en cause que les difficultés de la prévision et non pas une notion théorique d'équilibre ou de déficit qui n'existe pas objectivement. A moins de décider que, passé un certain montant global, les prestations ne seront plus payées, ce qui est absurde. La seule issue consiste alors pour l'organisme responsable de l'octroi de la dotation (ce qui était prévu par les textes pour la C.N.A.M.) si les déficits sont trop importants dans l'ensemble de la branche, à décider une diminution du montant des prestations. Mais, au niveau de chaque caisse prise individuellement, la notion de déficit n'existe pas objectivement. La détermination, difficile, d'une dotation annuelle est donc un problème de prévision à l'échelon de chaque caisse prise individuellement.

En ce qui concerne les charges annexes, le problème est différent. Pour la gestion administrative tout d'abord, les charges à évaluer sont celles qui permettent de faire fonctionner les organismes existants. Deux modalités sont possibles. On peut appliquer le système de la dotation, c'est celui qui est prévu par les ordonnances de 1967. Il s'agit alors de déterminer une enveloppe financière, sur la base de critères objectifs de mesure des charges de travail. La C.N.A.F. avait ainsi pour sa part mis sur pied une opération d'analyse fonctionnelle des budgets qui devait permettre de déterminer rationnellement l'importance moyenne des masses essentielles : activité de production, activité administrative et activité de gestion. La difficulté consistait donc dans la détermination de ces critères et la mise au point d'une formule correcte, eu égard à la diversité de taille et d'implantation des organismes, de leur histoire administrative, de l'environnement socio-économique, etc... Une fois évalués les éléments considérés comme caractéristique de l'activité de la caisse, la dotation sera calculée selon des formules plus ou moins complexes, dont on trouvera des exemples ci-dessous, et constituera une enveloppe théorique. Celle-ci constituera un élément de référence à partir duquel on pourra définir l'équilibre ou le déficit et à l'intérieur duquel les gestionnaires des caisses pourront disposer de la latitude nécessaire leur permettant d'assumer leur responsabilité.

Dans chacune des branches concernées, des formules ont été ainsi mises sur pied, initialement fort complexes puis simplifiées. Sous la pression de l'administration, ce système a été progressivement abandonné, d'abord pour les caisses maladie puis pour les caisses d'allocations familiales. Le système en vigueur consiste dorénavant dans l'examen a priori des projets de budget établis par les organismes de base et l'attribution de dotations calcu-

lées en fonction des besoins. Les budgets de gestion administrative sont donc désormais soumis à examen et autorisation préalable, selon les cas, de l'organisme national ou de l'administration. Notons qu'en tout état de cause, toutes les décisions des caisses nationales ne sont exécutoires que s'il n'y a pas opposition des ministres de tutelle. On peut donc considérer que le nouveau système renforce la dépendance des caisses locales par rapport aux organismes nationaux et donc à l'administration.

Le problème change encore avec l'action sanitaire et sociale des caisses. Celle-ci laisse une large part à l'initiative des organismes. Une fraction des cotisations est utilisée pour mener une action qui complète et prolonge le service des prestations. En établissant un budget, la caisse effectue un choix entre un éventail d'actions possibles en fonction de l'état de la circonscription et des besoins qui s'y manifestent. L'initiative est beaucoup plus large et la dotation pourra être calculée plus facilement en fonction des ressources laissées disponibles par les dépenses de prestations ou administratives. On peut donc plus aisément déterminer à l'avance une enveloppe globale, fonction des possibilités plus que des besoins.

Ces différentes préoccupations ont donc déterminé des modalités diverses de calcul et d'octroi des dotations aux caisses. Nous étudierons successivement les différentes branches du régime général en reprenant la distinction entre les prestations et les charges annexes.

Section 1 - La branche maladie

1 - Les dotations pour le service des prestations

Le principe général est posé dans l'article 19 de l'ordonnance nº 67-706 : "Pour assurer le service des prestations, la caisse nationale attribue aux caisses primaires des dotations annuelles, d'une part pour les soins de santé, d'autre part pour les incapacités de travail et le décès, établies en fonction des charges qu'elles ont à couvrir, dans des conditions définies par arrêté conjoint du ministre des Affaires sociales et du ministre de l'Economie et des Finances, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale. La caisse nationale attribue dans les mêmes conditions aux caisses primaires les dotations annuelles nécessaires au service de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles." Ces dotations sont prélevées sur le fonds national correspondant.

Le problème qui se posait donc en priorité était de définir les conditions d'attribution de ces dotations. La Cour des Comptes se préoccupait régulièrement de ce problème qui constitue une des clés de la réforme. Ainsi : "Il conviendrait que fussent pris les arrêtés prévus par l'article 19 de l'ordonnance du 21 août 1967 pour fixer les dotations des caisses maladie. A défaut d'une telle détermination, les conseils d'administration ne sont pas en mesure d'exercer les pouvoirs qui leur ont été conférés pour assurer l'équilibre des recettes et des dépenses de leurs organismes et contribuer ainsi à l'équilibre général du système" (1). La réponse du ministre de la Santé publique était laconique : "Le problème de la détermination des dotations visées à l'article 19 de l'ordonnance précitée est toujours à l'étude à la Caisse nationale de l'assu-

- (1) Rapport public sur 1968, p. 108.

rance maladie ; ce problème présentant un aspect particulièrement complexe." (2)

La même préoccupation figure dans le rapport public sur l'année 1971 (3) : "Plus importante pourrait être la mise en oeuvre effective des dispositions de l' ordonnance de 1967 relatives à la responsabilité des caisses nationales et locales d'assurance maladie quant au maintien de l'équilibre financier de cette branche. Ce texte leur a confié le soin de veiller à ce que, dans chaque organisme, les charges n'excèdent pas les dotations qui leur sont annuellement attribuées à cet effet. Or, jusqu'à présent, les règles qui doivent présider à la fixation de ces masses, et par conséquent déterminer leur montant, n'ont pu être établies. La Cour n'ignore pas les difficultés auxquelles se heurte une détermination parfaitement rationnelle des dotations. Néanmoins, si la mission impartie par les textes aux caisses nationales et locales devait subsister, il serait urgent que des modes de calcul appropriés soient définis sans tarder." Ni le ministre de la Santé publique, ni le ministre des Finances ne font la moindre remarque sur ce point.

Par ailleurs, dans son rapport d'activité sur 1973, le Directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie précise également que les conditions d'attribution des dotations n'ont pas encore été définies, qu'il s'agisse des dotations assurance maladie ou des dotations accidents du travail. Il est vrai que le problème présente de grandes difficultés. Les dotations attribuées à une caisse dépendent de paramètres variés et nombreux : nombre d'assurés et d'ayants-droit, répartition par tranches d'âge de ces personnes couvertes, morbidité locale, structure de l'appareil de production des soins dans la circonscription de la caisse, habitudes des prescriptions médicales, etc... La mise au point d'un système d'attribution de dotations suppose l'évaluation de chacun de ces paramètres pour chacune des caisses primaires. Opération très complexe et qui n'a pu jusqu'ici être menée à terme.

Le principe qui est alors appliqué est le suivant : la dotation attribuée à une caisse correspond à la différence entre le total de ses charges, régulièrement liquidées et ordonnancées, et le total de ses recettes propres comptabilisées pour l'année considérée au titre de chacune des gestions. Par suite le compte de la caisse est équilibré. L'application de cette méthode

- (2) Rapport précité, réponse du ministre de la Santé publique, p. 199.
- (3) Rapport public sur l'année 1971, J.O. Documents Administratifs, 3 juillet 1973, p. 812.

empirique présente l'inconvénient de laisser inappliqués un certain nombre des dispositions des textes en vigueur. Les responsabilités essentielles de la Caisse nationale d'assurance maladie dans le maintien ou le rétablissement de l'équilibre financier du risque ne peuvent s'exercer. Il en est ainsi des articles 20, 21 et 22 de l'ordonnance 67-706 qui sont inappliqués au même titre que l'article 19 (4). Le point fondamental de la réforme reste lettre morte tant que les règles d'attribution des dotations n'ont pas été définies.

Quoiqu'il en soit, les dotations constituent l'essentiel des charges des fonds nationaux. Le tableau ci-après indique le montant des dotations annuelles accordées aux caisses locales pour les prestations de l'assurance maladie, l'essentiel des prestations étant servi par les caisses primaires alors que les caisses régionales n'assurent que le service des pensions d'invalidité.

En ce qui concerne la gestion accidents du travail, la caisse nationale attribue des dotations aux caisses primaires et aux caisses de sécurité sociale des D.O.M. dans les mêmes conditions. En 1973 le montant des dotations était le suivant :

C.P.A.M.	:	5 963 636 348,81 francs
C.G.S.S. D.O.M.	:	33 207 420,47 francs

- (4) Il s'agit des dispositions conférant à la caisse nationale la responsabilité du maintien et du rétablissement de l'équilibre financier du risque par diminution des prestations ou augmentation des cotisations et l'exercice d'un pouvoir de direction sur les caisses locales. La nature exacte du pouvoir reconnu à la caisse nationale sur les caisses locales est difficile à déterminer. Ces dispositions qui seront analysées plus loin étaient une des innovations majeures de la réforme et on peut penser qu'elles resteront inappliquées même si le mécanisme d'attribution des dotations venait à être mis au point.

	Millions de Francs					% variation 1972/1973
	1969	1970	1971	1972	1973	
Dotations aux caisses régionales	401,1	459,7	498,9	550,8	609,8	+ 10,7
Dotations aux caisses primaires	23 268,9	26 973,6	31 480,5	36 384,5	42 082,7	+ 15,7
Dotations aux caisses générales D.O.M.	354,0	244,2	299,4	322,3	389,1	+ 20,7
Dotations aux caisses mutualité sociale agricole (salariés agricoles).	1 643,2	1 497,3	1 788,9	1 972,0	2 235,4	+ 13,4
Dotation à la caisse de prévoyance SNCF			932,7	1 100,0	1 249,1	+ 13,6
Dotations à l'ENIM				195,2	206,1	+ 5,6
Dotations à la CAN (régime des mines).				741,5	832,7	+ 12,3
Dotations RATP				125,4	136,0	+ 8,5

EVOLUTION DES DOTATIONS ASSURANCE MALADIE

2 - Les dotations pour charges annexes

Il faut entendre ici par charges annexes les dotations de gestion administrative et les dotations d'action sanitaire et sociale. Ces charges font l'objet de la part des caisses locales de l'établissement d'un budget et non plus d'un état prévisionnel. Les dépenses n'ont pas ici le caractère complexe, voire aléatoire des dépenses de prestations.

A - Les dotations de gestion administrative

L'article 18 du décret du 22 décembre 1967 dispose que la caisse nationale attribue aux caisses primaires et aux caisses régionales, par imputation sur le fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour couvrir leurs dépenses de gestion administrative. Le mode de détermination de ces dotations a évolué depuis 1967. En ce qui concerne d'une part les caisses primaires, depuis 1972 les dotations sont fixées en fonction des besoins. En ce qui concerne d'autre part les caisses régionales, jusqu'en 1977 il a été fait application d'un système paramétrique avant d'appliquer depuis le 1 janvier 1977 le même système que pour les caisses primaires. Mais le problème des caisses régionales se complique du fait qu'elles exercent conjointement les attributions assurance maladie et assurance vieillesse. Il existe donc un problème de répartition des charges entre la Caisse nationale d'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

1-Les dotations aux caisses primaires

Depuis un arrêté interministériel du 3 novembre 1971 et à dater du 1 janvier 1972, les dotations sont déterminées en fonction des besoins de financement (5). Les caisses primaires établissent un projet de budget de gestion administrative qui est communiqué à l'organisme national et aux directions régionales de la sécurité sociale. La caisse nationale liquide ensuite la dotation de chaque caisse en fonction de ses besoins et au vu de l'avis émis par la direction régionale compétente. Les caisses primaires adoptent ensuite leur budget définitif, en fonction des dotations attribuées. Afin de permettre l'application de cette procédure il a été demandé aux caisses primaires de voter leur

- (5) A. 03.11.1971 - J.O. 19.11.1971, p. 11 389.

projet de budget avant le 30 septembre. Elles peuvent alors savoir au 31 décembre ou au plus tard au 15 janvier le montant des dotations dont elles disposeront. L'évaluation du crédit approprié au budget du fonds national est ainsi effectué à partir d'un recensement précis des besoins réels des caisses, en rapport avec les autorisations budgétaires. La caisse nationale doit également tenir compte, au plan national, des éventuels besoins supplémentaires. Ainsi des crédits provisionnels sont-ils ménagés à cet effet dans le budget, par exemple pour faire face à une augmentation des rémunérations des personnels.

Cette procédure laisse un résultat global satisfaisant, le directeur de la caisse nationale pouvait noter, dans son rapport d'activité sur 1973 : "Il se confirme donc qu'en donnant une base concrète à l'appréciation des besoins de financement correspondants, le nouveau mode de détermination des dotations de gestion administrative appliqué aux caisses primaires permet de mieux appréhender les données réelles du problème de l'équilibre du fonds national et de mieux cerner, au stade des prévisions budgétaires, les conditions de cet équilibre."

Il reste que des problèmes subsistent parfois au niveau de certaines caisses primaires et on peut constater des écarts importants entre les prévisions et les résultats effectifs, écarts dûs à une surévaluation excessive des besoins. La procédure appliquée a pour conséquence de replacer le problème au niveau de chaque caisse primaire et de l'évaluation du budget de gestion administrative dont il faut bien dire qu'elle est parfois très empirique, de l'aveu même de certains responsables. Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, des écarts significatifs ont nécessité un examen particulier du budget de gestion de certaines caisses par la caisse nationale.

1973	Dépenses autorisées		Dépenses effectuées	% par rapport aux prévisions
Nature des dépenses	Montant		Montant	
	Budget initial	Budget rectif.		
Frais de personnel				
Gestion administrative	2011,1	2139,5	2062,1	95 %
Gestion informatique	34,6	37,8	34	90 %
Autres dépenses				
Gestion administrative	707,9		614,2	88 %
Gestion informatique	63,9		49,3	78 %

Taux d'exécution par caisse (frais de personnel) :

10 caisses ...	+	90 %	
19 caisses ...	85 %	à	90 %
21 caisses ...	80 %	à	85 %
27 caisses ...	-	80 %	
dont 5 ...	-	70 %	

GESTION ADMINISTRATIVE

DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DES CAISSES PRIMAIRES EN 1973

Nature	Montant	Structure (en %)	Variation (1973/72)
Frais de personnel.....	2 085 911	75,84	17,7
Traitements et salaires.....	1 451 234		
Charges sociales et diverses.....	562 390		
Taxes sur salaires et impôts et taxes sur rémunérations.....	72 287		
Travaux, fournitures, services extérieurs....	381 963	13,89	15,4
Frais PTT	105 918	3,85	0,6
Autres dépenses.....	131 533	4,78	
Dotations aux provisions et aux amortissements...	45 025	1,64	13,1
TOTAL.....	2 750 350	100	17,6

2-Les dotations aux caisses régionales

Les caisses régionales d'assurance maladie effectuant " à titre provisoire" le service des prestations d'assurance vieillesse, le problème des dotations de gestion administrative sera abordé successivement pour l'assurance maladie et pour l'assurance vieillesse.

a- Les dotations assurance maladie

Jusqu'au 1 janvier 1977, les dotations de gestion administrative aux caisses régionales étaient fixées selon une formule paramétrique. Il fallait donc, pour chaque année, évaluer chacun des éléments prévus par la formule. Les paramètres retenus étaient considérés comme caractéristiques du volume et du coût des opérations du service confié à ces organismes. L'ensemble donnait une formule complexe, ainsi qu'en témoigne l'arrêté du 12 février 1976 fixant les dotations pour 1975 (6). Chaque caisse régionale peut disposer d'une dotation maxi-

- (6) A. 12.02.1976, J.O. 25.02.1976, p. 1288. Ainsi l'ancien système se compliquait du fait que les arrêtés fixant les dotations paraissaient bien souvent après la fin de l'exercice, ce qui n'est pas de nature à faciliter une saine gestion.

male égale à :

- 0,10 % des cotisations et majorations de retard de la branche assurance maladie encaissées en 1975, somme affectée d'un correctif tenant compte du niveau des salaires des assurés sociaux de la région lorsque ce facteur est favorable à la caisse (7) ;
- 0,67 % des cotisations et majorations de retard d'accidents du travail encaissées dans la région en 1975, somme affectée du même correctif que la précédente ;
- 1,19 % des cotisations et majorations de retard de l'assurance vieillesse encaissées dans la région, somme affectée du même correctif ;

La dotation comprend également des sommes forfaitaires variables par catégories d'opérations. Ainsi, 10,20 f. par paiement d'arrérages, 26,25 f. par pension, retraite ou allocation ayant effectivement donné lieu à liquidation, ou bien encore 0,32 f. par an et par assuré au titre des bordereaux préétablis, etc... Au total six catégories de forfaits pour les diverses opérations effectuées par la caisse. Chaque caisse régionale reçoit enfin 15 % des sommes récupérées par suite de l'intervention des services de contrôle administratif ou de recours contre les tiers.

En outre, les caisses régionales de Paris et de Strasbourg connaissent un régime particulier. Leur dotation comprend 0,20 % des cotisations et majorations de retard assurance maladie, 1,27 % des cotisations et majorations de retard accidents du travail, ainsi que les forfaits indiqués ci-dessus dans la mesure où elles effectuent les opérations correspondantes.

Le système ainsi défini fut maintenu pour 1976 par un arrêté du 22 juillet 1976, avec cependant quelques correctifs concernant les forfaits par opérations. Comme on le voit le système était complexe et lourd et on peut légitimement se demander s'il était très efficace. Il présentait en tout cas l'inconvénient d'être lourd et de laisser peu de responsabilité à la caisse nationale.

C'est pourquoi, à dater du 1 janvier 1977, cinq ans après la réforme du mode d'attribution des dotations aux caisses primaires, celui-ci est appliqué aux caisses régionales (8). Ces dernières doivent donc désormais

- (7) Décision du Ministre du Travail du 20.02.1976, J.O. 3 mars 1976, p. 1417. Le correctif salaires, variable selon les caisses "est égal au rapport entre la valeur moyenne nationale des indemnités journalières servies au cours de l'année 1974, soit 25,75 f, et la valeur moyenne des indemnités journalières servies dans les mêmes conditions dans le cadre de la région." Art. 3, A. du 12.02.1976.
- (8) A. 22 juillet 1976, J.O. 5 août 1976, p. 4743.

présenter leur budget de gestion administrative à la caisse nationale avec avis du directeur régional de la sécurité sociale. La caisse nationale, en accord avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse s'il y a lieu, arrête la dotation en fonction des crédits inscrits au fonds national de la gestion administrative. Le système est donc harmonisé avec celui des caisses primaires.

GESTION ADMINISTRATIVE ;
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DES CAISSES REGIONALES EN 1973

Nature des dépenses	Montant	Structure (en %)	Variation 1972/1973
Frais de personnel.....	440 025	75,41	15,2
Traitements et salaires....	306 757		
Charges sociales et diverses.....	118 083		
Taxes sur les salaires et impôts et rémunérations....	15 185		
Travaux, fournitures et services extérieurs.....	49 612	8,50	20,4
Frais de PTT	61 242	10,50	0,2
Autres dépenses.....	24 639	4,22	(1)
Dotations aux provisions et aux amortissements.....	7 968	1,37	5,1
TOTAL.....	583 486	100	13,9

- (1) Un nouveau plan comptable ayant été mis en vigueur le 1.1.1973, le % ne serait pas significatif.

b-Les dotations assurance vieillesse

Aux termes du décret du 5 avril 1968 (9), les caisses régionales exercent, sous le contrôle technique de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, les attributions précédemment exercées en matière de vieillesse par les caisses régionales de sécurité sociale (10). Par conséquent elles annexent à leur budget de gestion administrative tous les états nécessaires à la détermination de la part des dépenses de gestion qui doit être financée respectivement par

- (9) Décret n° 68-328, précité.
- (10) Rappelons que cet état ne devait être que provisoire mais qu'il persiste.

la Caisse Nationale d'assurance maladie et par la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Le directeur régional de la sécurité sociale est appelé à donner son avis sur les documents (11). Au vu de ces états, les deux caisses nationales arrêtent d'un commun accord les dotations dont doivent disposer les caisses régionales pour leurs dépenses administratives. Les dotations sont accordées par la Caisse nationale d'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse rembourse la part qui lui incombe sous forme d'une contribution au fonds national de la gestion administrative. En cas de désaccord entre les deux caisses nationales, la décision sera prise par le ministre de tutelle.

Ainsi, en 1973, le montant total des dotations attribuées aux caisses régionales s'élevait à 525,9 millions et la contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse s'élevait à 339,4 millions. Il restait donc à la charge du fonds national de la gestion administrative de la C.N.A.M. 186,4 millions.

Dans le même sens, les excédents de gestion administrative des caisses régionales sont affectés pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie et pour partie au compte d'action sanitaire et sociale des personnes agées. Le solde est reversé aux deux fonds nationaux de la gestion administrative (12). Ainsi en 1973, 21,1 millions d'excédents ont été dégagés par certaines caisses régionales. La part de la gestion administrative s'est élevée à 15,4 millions dont 3,8 ont été affectés à la Caisse nationale d'assurance maladie.

Certaines caisses régionales subissent par contre un déficit. La part incombant à chacune des deux caisses nationales est encore fixée par décision commune. S'il y a désaccord c'est le ministre de tutelle qui décidera. Ainsi, en 1973, la C.N.A.M. a pris en charge 7,3 millions sur 34,8 millions de déficit global, par attribution aux caisses régionales de subventions de déficit.

Au total, en 1973, la C.N.A.M. a donc supporté au titre de la gestion administrative des caisses régionales :

	(en francs)
Dotations.....	186 420 885
Déficits.....	7 304 805
TOTAL.....	193 725 690
Excédents récupérés..	- 3 816 152
SOLDE.....	189 909 538

- (11) A. 22 juillet 1976, précité.
- (12) Décret 67-1230, art. 19.

En 1972, la charge avait été de 148 890 318,96 francs.

Il faut enfin remarquer que le montant des dépenses autorisées par les deux caisses nationales comporte indication des comptes et des masses budgétaires pour lesquels les crédits sont limitatifs (13). Les budgets de gestion administrative doivent être votés en équilibre et être approuvés par le directeur régional de la sécurité sociale, conformément à l'article L 171 du code de la sécurité sociale. En cas de carence des caisses nationales, le montant des dotations est fixé par le ministre chargé de la Sécurité sociale et le ministre des Finances. Les décisions sont ensuite communiquées aux caisses régionales.

Il convient également de rappeler que lorsque à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une caisse primaire ou d'une caisse régionale présente un excédent, ce dernier est affecté pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse et pour partie au fonds national de gestion administrative. L'affectation au compte d'action sanitaire et sociale a été prévue dans un but d'incitation, pour inciter les caisses à pratiquer une bonne gestion et dégager des excédents qui leur reviendront. Les modalités de répartition sont fixées par arrêté ministériel. Ainsi, en 1973, le montant des excédents s'étant élevé à 67,5 millions par rapport aux budgets rectificatifs, seuls 29,2 millions ont été reversés au fonds national de la gestion administrative. Le problème de la couverture des déficits éventuels sera traité plus loin. En effet, il y a alors application par la caisse nationale de pouvoirs qui rentrent dans le cadre des pouvoirs de contrôle de la caisse nationale sur les caisses locales (14).

3 - Evolution globale des dotations de gestion administrative

Le taux d'accroissement des dotations de 1968 à 1973 n'est pas uniforme, ainsi qu'en témoigne le tableau ci-dessous :

Années	Dotations C.R.A.M.		Dotations C.P.A.M.	
	Montant	%	Montant	%
1968	280		1 225	
1969	333	18,9	1 435	17,1
1970	378	13,5	1 736	21
1971	419	10,7	1 947	12,1
1972	465	11,1	2 280	11,9
1973	526	13,1	2 679	17,5

- (13) A. 22 juillet 1976, précité - art. 4.
- (14) Cf. p. 158.

En ce qui concerne les opérations en capital, la caisse nationale accorde aux organismes de base des prêts et des avances en capital. On constate ici une très nette différence entre les évaluations et les résultats effectifs. Ainsi, en 1973, le montant des prévisions, initialement fixé à 226 millions, a été porté à 341 millions dans le budget rectificatif. Or, le montant des avances réellement accordées s'est élevé en définitive à 288,2 millions. Il est donc très net que les organismes de base ont tendance à surévaluer leurs besoins par crainte d'une insuffisance au stade de l'exécution. Le taux d'exécution est ainsi de 85 % par rapport au budget rectificatif. C'est un des problèmes que pose le système d'attribution retenu, à partir des budgets établis par les caisses elles-mêmes et une cause, sinon de gaspillage, du moins de mauvaise gestion.

B - Les dotations d'action sanitaire et sociale

Dans le régime antérieur à 1967, les caisses locales disposaient de ressources affectées à l'action sanitaire et sociale sous forme d'un prélèvement en pourcentage sur les cotisations. Depuis 1967, les principes dégagés par les ordonnances ont été précisés par divers textes.

Les pouvoirs publics ont tout d'abord précisé que l'action sanitaire et sociale des caisses s'exerce dans le cadre d'un programme fixé par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale et que ce programme ne peut autoriser qu'exceptionnellement le financement d'opérations d'investissement par les caisses primaires (15). Ensuite, le programme a été déterminé par arrêté en date du 27 octobre 1970 et organise une répartition des tâches entre les caisses primaires et les caisses régionales.

Dans ce cadre, la C.N.A.M. a été amenée en vertu de son rôle de coordination de l'action sanitaire et sociale des caisses, à fixer elle-même des principes généraux. Elle a recommandé aux caisses une concertation au niveau de la circonscription régionale afin d'harmoniser leurs interventions. Effectuée dans le but d'éviter les doubles emplois et donc d'aboutir à une meilleure utilisation des fonds, cette intervention s'est limitée à la fixation du principe de la concertation tout en laissant aux caisses la responsabilité de son aménagement. En 1973, la C.N.A.M. a rappelé les priorités dans l'action des caisses primaires qui doivent d'abord consacrer leurs ressources à satisfaire les demandes de prestations supplémentaires et de secours des assurés. Ce n'est que si ces demandes sont satisfaites que des opérations d'équipement peuvent être envisagées.

- (15) Décret 68-327 précité sur l'action sanitaire et sociale des organismes de Sécurité sociale.

allons donc devoir distinguer entre les caisses primaires et les caisses régionales (16).

1°- Les dotations aux caisses primaires

Dans le cadre fixé par arrêté ministériel, les caisses primaires établissent annuellement un budget d'action sanitaire et sociale qui est communiqué à la caisse nationale. Celle-ci ne dispose pas du pouvoir d'approbation de ces budgets. En vertu de l'article L 171 du code de la sécurité sociale c'est le directeur régional de la sécurité sociale qui procède à l'approbation. Cependant, aux termes de l'article 6 du décret du 5 avril 1968, la caisse nationale peut "en fonction des renseignements recueillis dans l'exercice de son droit d'inspection et dans le cadre de sa mission de coordination, imposer à une caisse primaire de lui soumettre pour approbation son budget d'action sanitaire et sociale de l'année suivante." Cette possibilité d'examen a priori n'a en fait jamais été utilisée.

Les recettes de ces budgets sont constituées pour les caisses primaires par des ressources propres : prélèvements sur crédits reportés, notamment les excédents antérieurs, revenus patrimoniaux, etc... Mais l'essentiel des ressources est constitué par les dotations qu'attribue la C.N.A.M. à chacune des caisses. La dotation est calculée d'après une formule paramétrique assez complexe. Ainsi, un arrêté du 27 février 1976 détermine la dotation des caisses primaires pour 1975 (17) :

- calcul d'une somme correspondant à :

a- 0,28 % des cotisations encaissées dans leur circonscription en 1973 au titre des gestions MA et MF (régime général et assurés volontaires) ;

b- 0,95 % des cotisations encaissées dans leur circonscription en 1973 au titre des accidents du travail ;

c- 1,18 % des prestations légales versées en 1973 au titre des gestions MB, MC, MD et MG (fonctionnaires, étudiants, invalides de guerre et artistes).

Il y a lieu ensuite d'appliquer à la somme ainsi obtenue trois coefficients qui tiennent compte : de l'évolution du montant des cotisations pré-

- (16) Cf. C. PRIEUR, L'action sanitaire et sociale du régime général d'assurance maladie, précité.
- (17) A. 27 février 1976, J.O. 7 mars 1976, p. 1502. Encore une fois la dotation est fixée après la fin de l'exercice concerné.

visible à taux constant pour 1975 par rapport à 1973 ; de l'importance de l'effectif des non-cotisants ; du niveau des salaires des assurés sociaux de la circonscription. Les deux derniers coefficients ne s'appliquent qu'aux éléments calculés en fonction des cotisations encaissées. C'est le conseil d'administration qui fixe les trois coefficients et notifie à chaque caisse primaire le montant de la dotation qui lui est ainsi attribuée. Comme on le voit, la formule est complexe, sans doute inutilement et repose sur des volumes de cotisations perçues deux ans auparavant, corrigées par des coefficients, l'ensemble étant arrêté par les ministres de tutelle après la fin de l'exercice. Il est permis de s'interroger sur les liens avec la réalité de telles formules qui introduisent une complexité et une lourdeur peu propres à favoriser une gestion efficace. On voit mal où réside la responsabilité de la caisse nationale dans la fixation de telles formules.

On sait que pour les caisses primaires, l'action sanitaire et sociale recouvre des catégories diverses d'intervention. Elles sont chargées essentiellement de l'aide individuelle aux assurés, appelée prestations supplémentaires ou extra-légales par opposition aux prestations définies par la loi (ces prestations supplémentaires sont au nombre de dix-sept et figurent sur une liste limitative fixée par arrêté). Chacune des caisses primaires choisit sur cette liste les catégories de prestations qu'elle inscrira à son règlement intérieur en fonction des besoins de la circonscription. Si, parmi ces prestations, certaines doivent être servies obligatoirement dès que certaines conditions définies sur le plan national sont remplies, d'autres ont un caractère facultatif et sont servies dans des conditions définies par chaque caisse. Les caisses accordent également des subventions à des associations ou établissements locaux à caractère sanitaire ou bien gèrent directement un certain nombre d'établissements : pouponnières, maisons de repos, sanatoriums, etc... Il y a donc une certaine part, importante, de leurs dépenses qui sont effectuées en fonction des ressources de dotations. D'où l'intérêt de dotations calculées à partir de formules paramétriques qui permettent de laisser aux caisses une certaine liberté dans le choix de leurs dépenses. Mais n'y aurait-il pas lieu de mettre au point un mode de calcul moins complexe et moins lourd. Le nombre et la précision des paramètres retenus sont-ils une garantie d'efficacité ? Certes les besoins d'une circonscription dépendent des particularités des données démographiques, économiques et sociologiques ainsi que culturelles locales. Mais, parce que ces données sont nombreuses et complexes, le mode de calcul de la dotation en la matière doit-il l'être également ?

Quoiqu'il en soit, le montant des dotations aux caisses primaires s'est élevé en 1974 à 291,4 millions de f. Le tableau ci-après montre l'é-

volution du montant global des dotations :

	1972 et années antérieures	1973	1974
Dotations C.P.A.M.	932,3	263,6	291,4

2°- Les dotations aux caisses régionales

A la différence des caisses primaires, l'article 7 du décret du 5 avril 1968 dispose que " les caisses régionales préparent un budget d'action sanitaire et sociale (...) la Caisse nationale approuve le budget." Il y a donc approbation préalable du budget. Depuis la mise en place du système en 1967, la procédure de détermination et d'octroi des dotations a évolué.

Une véritable déconcentration a été réalisée au niveau des caisses régionales, parallèlement aux mesures de déconcentration des investissements publics (18). Les caisses ont le choix des opérations qui peuvent bénéficier de l'aide financière de l'assurance maladie dans le cadre de leur budget d'action sanitaire et sociale. L'arrêté du 27 octobre 1970 fixant le programme des caisses régionales définit les secteurs auxquels elles peuvent s'intéresser : établissements hospitaliers (C.H.U. ou non C.H.U.) à l'exclusion des hospices et maisons de retraite, écoles de formation du personnel sanitaire, établissements d'hygiène sociale (lutte contre les fléaux sociaux, transfusion sanguine, établissements thermaux etc..., protection de l'enfance inadaptée, aide aux adultes, éducation sanitaire, recherche scientifique médicale, centres d'examens de santé, service social). L'arrêté précise en outre que les interventions des caisses doivent porter en priorité sur les opérations inscrites au plan d'équipement sanitaire et social.

Chaque année, les services des caisses régionales, en liaison avec les directeurs de l'action sanitaire et sociale, dressent la liste des projets susceptibles de faire l'objet de l'ouverture d'autorisation de programme. Le conseil d'administration en arrête la liste lors du vote du budget d'action sanitaire et sociale. Les opérations sont classées par ordre préférentiel, la

- (18) Décret 70-1047 - 13.11.1970. J.O. 15.11.1970, p. 10515.
Décret 70-1221 - 23.12.1970. J.O. 25.12.1970, p. 11956.

priorité globale étant réservée, en conformité avec les directives de la Caisse nationale, aux projets subventionnés par l'Etat. La procédure est alors la suivante : lors de l'examen des budgets des caisses régionales la commission d'action sanitaire et sociale se contente de vérifier que les caisses respectent les directives générales édictées : modalités de participation, subvention ou prêt, taux de participation, et d'autre part d'arrêter le montant des dotations à chaque caisse. A cet effet, la caisse nationale se borne à indiquer la dernière opération qu'elle finance dans l'ordre préférentiel établi par la caisse régionale. La commission ne modifie pas l'ordre fixé et ne dispose pas du pouvoir d'inscrire d'office une dépense.

Depuis 1970 les caisses régionales se voient attribuer une provision sur dotation sous forme de dotation, avant le 31 décembre de l'année précédant l'exercice. Elle permet aux caisses, sans attendre l'approbation des budgets, de régler les dépenses de fonctionnement et les dépenses relatives aux opérations d'équipement déjà autorisées, dans la limite des dépenses inscrites au budget de l'exercice précédent et du montant de la provision. Depuis un arrêté du 3 août 1973, cette provision est calculée ainsi :

- 0,60 % du montant des cotisations des assurances maladie encaissées en 1971 dans la circonscription de la caisse au titre du régime général et de l'assurance volontaire, somme affectée d'un coefficient de revalorisation de 1,24 afin de tenir compte de l'augmentation prévisible des cotisations entre l'année de référence (1971) et l'année budgétaire (1973) ;
- 1 % du montant des cotisations accidents du travail encaissées et revalorisées dans les mêmes conditions.

Ces ressources sont complétées par des prélèvements sur crédits reportés, remboursement des prêts consentis par la caisse et éventuellement les excédents de la gestion administrative. Mais la provision est complétée principalement sous forme de prêts lors de l'examen des budgets des caisses par la commission d'action sanitaire et sociale. A titre d'exemple, en 1973 :

	Prévisions	Dépenses
Fonctionnement		
- Dotation en subvention (provision)	312 700 000	312 698 118
- Complément.....	16 500 000	16 468 377,15
Capital		
- Dotation en prêts.....	433 500 000	295 452 348,03

on le voit, il existe en 1973 comme dans les années antérieures un décalage important au niveau de la dotation complémentaire entre les prévisions et les crédits effectivement consommés. Les besoins des caisses régionales en crédits de paiement pour l'équipement sanitaire se sont révélés nettement inférieurs aux prévisions. C'est ainsi qu'au total, le budget du fonds national d'action sanitaire et sociale laisse un excédent de 161,580 millions avec des prévisions atteignant 1 085,190 millions et un montant de dépenses réel de 963,609 millions. Cet écart est dû au fait que les promoteurs ont tendance à surévaluer leurs prévisions de paiement sans que les caisses aient toujours la possibilité d'apprécier la justesse des estimations. Bien sûr, les crédits inutilisés sont restitués en fin d'exercice par les caisses mais il reste que ces décalages aboutissent à geler un montant important de crédits qui n'est connu de façon exacte qu'après l'exercice. C'est la raison pour laquelle une réforme des modalités d'attribution des dotations d'action sanitaire et sociale aux caisses régionales a été préparée en 1973. La caisse nationale envisageait d'adopter un système analogue à celui qui est employé pour les dotations de gestion administrative en accordant aux caisses régionales des dotations d'équilibre correspondant à la différence entre les ressources propres des caisses et leurs dépenses prévisionnelles. L'application en a été prévue et réalisée en 1975. Dès lors le système retenu tient compte des besoins et demandes effectifs des caisses. Par un arrêté du 27 février 1976, il est décidé que la caisse nationale accorde aux caisses régionales "les dotations nécessaires pour couvrir les dépenses." (19) C'est donc là encore l'abandon des formules paramétriques. Les dotations sont attribuées dans la limite des crédits inscrits au fonds national d'action sanitaire et sociale et des ressources propres de chaque caisse. L'arrêté précise en outre que si, à la fin d'un exercice, la section des opérations en capital présente un excédent, celui-ci est reversé au fonds national d'action sanitaire et sociale, en remboursement des avances antérieurement consenties par la C.N.A.M.

- (19) A. 27.02.1976, J.O. 7 mars 1976, p. 1502.

Section 2 - La branche prestations familiales

1 - Le service des prestations

En ce qui concerne le service des prestations familiales, le problème ne se pose pas dans les mêmes termes. Le service des allocations familiales est lié à l'existence d'enfants à charge et le règlement en est assuré sur des bases nettement définies par les textes. C'est pourquoi la C.N.A.F. dresse tous les ans un état prévisionnel des recettes et des dépenses pour chaque section comptable. De leur côté les C.A.F. établissent pour chaque section comptable un état prévisionnel des dépenses de prestations familiales. D'élaboration plus facile, ces états permettent la fixation des ressources nécessaires à chaque C.A.F. pour assurer le service des prestations. Il n'y a donc pas à proprement parler de problème des dotations qui ne sont d'ailleurs pas prévues par les textes.

2 - Les dotations pour les charges annexes

A - Les dotations de gestion administrative

L'article 37 du décret 67-1230 précité dispose que la Caisse nationale d'allocations familiales attribue aux caisses d'allocations familiales, par imputation sur le fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour leurs dépenses de gestion administrative. Il s'est produit une évolution importante et significative dans le mode de calcul des dotations.

En effet, le principe retenu à l'origine était celui de la formule paramétrique, particulièrement complexe ici. Définie par les textes (20), la formule reposait en effet sur de nombreux paramètres : nombre de familles bé-

- (20) A. 30.12.1966, J.O. 11.01.1967 - Circ. 45 SS, 12 juin 1967 - Circ. 39 SS, 22 octobre 1973 - A. 8 mars 1971, J.O. 10 avril 1971, p. 3487.

néficiaires des diverses allocations, pondération, nombre d'enfants, correctifs tenant compte de l'évolution démographique, etc... Par exemple, pour 1971, on retenait la formule suivante :

R 71 = 59,54 F' + 20,89 E + 30 155 C + 108 800.

F' représentait un nombre fictif de familles égal à la somme suivante :

F' = F - 0,17 ETI + 0,085 (ASU,MF) + 1,3 AL + 0,26 HM + 0,06 V

Les diverses lettres n'étant que les initiales des prestations servies par la caisse, la formule retenant le nombre de familles bénéficiaires : allocation de salaire unique, mère au foyer, allocation de logement, mineurs handicapés et V : versements liés à la maternité.

Outre F', E représentait le coût unitaire par enfant et C le coût unitaire par contrôleur tandis que 108 800 représentait un coût forfaitaire fixe.

Ce genre de formule prétendait serrer de près la prévision des dépenses de gestion administrative dans son admirable complexité. Dès 1974 des simplifications étaient envisagées. Après étude démontrant que sur les deux exercices antérieurs la nouvelle formule envisagée n'entrainait pas d'écart notable par rapport à l'ancienne, le conseil d'administration de la C.N.A.F. décidait en septembre 1974 de l'adopter. Chaque C.A.F. recevait alors une dotation égale à : X1 x F + X2, c'est-à-dire une recette unitaire par famille allocataire à laquelle s'ajoute un forfait global identique pour chaque caisse puisque correspondant à des charges existant dans tous les organismes quel que soit le nombre de leurs ressortissants. Par application de cette formule, chaque caisse recevait en 1976 : 263 f. par famille allocataire plus une dotation forfaitaire de 466.170 f. La caisse de Paris, dotée d'un régime particulier, recevait 487,70 f. par famille ainsi qu'un forfait de 874.780 f. (21). Dans les cas où l'encaissement des cotisations est effectué par la caisse, il s'y ajoutait la dotation attribuée aux unions de recouvrement, mais la somme forfaitaire par encaissement de cotisations était ramenée à 13 f. (22)

La fixation de ces forfaits pour 1976 avait fait l'objet de discussions entre la C.N.A.F. et l'administration qui étaient en désaccord sur leur évolution. Le déroulement de ces discussions est intéressant car révélateur. S'inquiétant des prévisions pour 1976, la C.N.A.F. avait demandé que soit augmen-

- (21) A. 14 avril 1976, J.O. 9 mai 1976, p. 2 791.
- (22) Le mode de calcul des dotations aux U.R. est étudié p. 102.

té le prélèvement au profit du fonds national de la gestion administrative. Il semblait en effet que les dépenses des C.A.F. allaient subir une nette augmentation, évaluée à 22 ou 23 % pour le chapitre "personnel", soit 80 % du total des dépenses. L'administration répondait que les taux de prélèvement n'augmenteraient pas et que les forfaits constituant la dotation des caisses évolueraient comme les recettes globales de l'année, de 11,21 %. Devant cette perspective, les représentants de la C.N.A.F. prévoyaient une augmentation du nombre des organismes en déficit et remarquaient : "On le sent bien, les ministères de tutelle souhaitent amener la C.N.A.F. à renoncer au système de l'octroi d'une dotation et à adopter une formule apparentée à celle utilisée par la C.N.A.M. qui consiste à examiner les projets de budgets des caisses locales." (23) Les réticences manifestées par la C.N.A.F. s'expliquaient par la conception qu'elle avait de son rôle à l'égard des caisses d'allocations familiales. Pratiquant une politique de concertation permanente, matérialisée par l'existence d'une commission permanente de liaison C.A.F. - C.N.A.F., de réunions régionales, préparatoires à une assemblée générale annuelle des présidents et vice-présidents, la caisse nationale se refusait à jouer le rôle de tuteur des caisses en intervenant a priori dans l'établissement des budgets. Le système de la dotation laissait aux caisses une part de responsabilité et de liberté dans le cadre de l'enveloppe déterminée.

Malgré tout, confirmant les craintes de la caisse nationale, les ministères de tutelle ont imposé pour 1977 un mode de calcul de la dotation proche de celui qui est utilisé par la C.N.A.M. C'est l'aboutissement logique d'une pratique consistant pour l'administration à retarder jusqu'alors la parution des arrêtés fixant la dotation, quelques mois après l'établissement des budgets. Par exemple, l'arrêté fixant la dotation pour 1976, daté du 14 avril 1976, était publié au J.O. le 9 mai 1976. Alors, selon les termes des responsables de la C.N.A.F. : "Ce système (l'octroi d'une dotation) devenait d'ailleurs impratiquable, puisque le retard apporté dans la parution de l'arrêté fixant la dotation rendait toute théorique la référence à une enveloppe déterminée et que la C.N.A.F. ne pouvait que constater l'existence de déficits ou d'excédents." (24). Comme, de plus, et en raison de l'insuffisance du prélèvement effectué à son profit, le fonds national de la gestion administrative était en déficit (25) un nouveau système a été mis en place. Il s'agit d'une procédure transitoire, la caisse natio-

- (23) Bull. CAF. 1976, nº 6, p. 14
- (24) Bulletin C.A.F. 1977, nº 2, p. 19.
- (25) Cf. Ci-dessus, p. 92 . Ce déficit, imposé par le refus des pouvoirs publics d'augmenter le prélèvement affecté au fonds, est toujours à rapprocher de l'énorme montant des excédents du fonds des prestations familiales.

nale n'ayant pas la possibilité pour 1977 de procéder à un examen a priori des budgets de toutes les caisses.

La procédure repose d'abord sur l'attribution d'une dotation théorique a priori, déterminée selon la formule habituelle. Chaque caisse dispose ainsi pour 1977 de 500.000 f. auxquels s'ajoutent 287 f. par famille allocataire et par bénéficiaire des allocations financées par le fonds national d'aide au logement au 31 décembre 1975 (26). La C.A.F. de la région parisienne reçoit pour sa part respectivement 900.000 f. et 535 f. (27) Puis la caisse nationale examine sommairement et approuve les budgets de dépenses dont le montant total est très voisin de la dotation théorique, soit moins de 5 % en plus, et qui ne prévoient pas d'augmentation d'effectifs. Elle procède par contre à un examen approfondi des projets de budgets en déséquilibre, compte tenu des avis des directions régionales, et fait des observations aux caisses en vue de rétablir l'équilibre.

Cette procédure maintient les mécanismes institués en 1967 qui prévoient l' apurement du déficit et l'affectation des excédents. Les déficits des caisses sont couverts par décision de la caisse nationale selon des modalités que nous aurons à étudier en détail plus tard. Aux termes de l'article 38 du décret n° 67-1230, les excédents constatés en fin d'exercice sont affectés soit au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse, afin de l'inciter à une gestion stricte, soit au fonds national de la gestion administrative. Un arrêté du 14 décembre 1973 (28) détermine ainsi les affectations : la part de l'excédent comprise entre 0 et 5 % inclus de la dotation est affectée pour moitié au compte d'action sanitaire et sociale et pour moitié au fonds national ; la part comprise entre 5 et 10 % inclus est affectée pour 30 % au compte d'action sanitaire et sociale et pour 70 % au fonds national ; enfin, la part supérieure à 10 % revient en totalité au fonds national de la gestion administrative.

Ainsi, en conclusion, la C.N.A.F. a été amenée progressivement à abandonner le système de la dotation théorique pour, à l'instar de la C.N.A.M. procéder dorénavant à un examen a priori des budgets de gestion administrative des caisses. Elle semble décidée à y procéder dans le même esprit de dialogue et de concertation qui est le sien depuis 1967.

- (26) A. 26 juillet 1976, J.O. 7 août 1976, p. 4780. Pour 1978, l'arrêté du 1er août 1977, porte ces chiffres à 537.300 F et 309 F. J.O. 12 août 1977, p. 4983.
- (27) Pour 1978 : 900.000 f et 570 f.
- (28) A. 14.12.1973, J.O. 28.12.1973, p. 13995.

B - Les dotations d'actior sanitaire et sociale

L'article 17 du décret du 5 avril 1968 dispose que le fonds national d'action sanitaire et sociale de la C.N.A.F. a pour premier objet l'attribution aux C.A.F. d'une dotation puis de subventions et de prêts pour leurs opérations d'investissement. En pratique les C.A.F. reçoivent deux catégories de dotations, une dotation normale et une dotation complémentaire.

Le problème consistait à trouver une formule apportant à chaque caisse les fonds nécessaires à son action dans sa circonscription (29). Cette action se basant sur les caractéristiques démographiques et sociales, ce n'est pas le montant des cotisations versées par les entreprises qui a été pris en considération, mais le montant des prestations familiales versées. C'est ce qui a paru permettre de cerner au mieux la réalité des besoins. Le mode de détermination de la dotation a d'ailleurs évolué dans le sens d'une simplification.

1- La dotation normale

Avant 1975, chaque C.A.F. recevait une dotation calculée suivant la formule suivante : P L x C N x C D x T. Ici, P L représente le volume des prestations légales versées au cours d'une période de référence s'étalant entre le 1 juillet de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente ; C N représente un coefficient de rajustement national destiné à tenir compte de l'incidence prévisible des mesures législatives et réglementaires survenues depuis lors sur le montant des prestations à servir pendant l'année ; C D représente un coefficient destiné à tenir compte de l'évolution possible pour chaque caisse du nombre d'enfants bénéficiaires par rapport à la période de référence. Enfin T représentait le taux affecté à chacune des sections. La C.N.A.F. conservait la compétence pour fixer les deux coefficients, cependant que le taux, variable, était fixé par arrêté :

	Salariés	E.T.I.
1971	3,60 %	2,10 %
1974	3,85 %	2,20 %

(29) Sur la question, cf. A. MORIVAL, L'action sociale des C.A.F., Droit Social 1975, n° 1, p. 49.

Cette formule présentait donc une certaine lourdeur et une complexité non moins certaine. D'ailleurs la Cour des Comptes se préoccupait du problème de l'action sanitaire et sociale des C.A.F. (30). Elle attirait tout d'abord l'attention sur le déficit de certaines oeuvres auxquelles participaient des C.A.F. en leur demandant d'y apporter une plus grande attention et en particulier d'en apprécier la qualité de la gestion. Elle notait d'autre part qu'en 1970 et 1971, 100 puis 112 C.A.F. sur 114 avaient reporté une partie de leurs crédits, soit un montant total de 95 puis 103 millions en 1970 et 1971. Ces constatations amenaient la Cour à remettre en cause le système d'attribution des dotations. Vu l'abondance de leurs ressources, certains organismes sont amenés à inscrire à leur budget des dépenses incertaines. Des subventions de fonctionnement ne sont finalement pas versées, des crédits d'investissement sont affectés à des projets dont l'exécution n'est pas certaine à long terme. La Cour citait ainsi le cas de la C.A.F. de l'Aube qui avait mis en réserve en 1964 et 1965 une somme de 210 000 f. pour participer à la construction d'un hôtel maternel. Le projet n'ayant pas abouti, la réserve a été maintenue alors que les autorités de tutelle en avaient demandé la suppression en 1967.

A travers ces remarques, la Cour remettait en cause le système automatique d'attribution des dotations qui était cause d'une trop grande différence entre les ressources et les besoins réels : "Ces observations conduisent à se demander s'il ne serait pas opportun, sans qu'il en résulte nécessairement une modification des ressources globales des fonds nationaux d'action sanitaire et sociale, de chercher à répartir celles-ci dans des conditions qui répondent mieux aux besoins réels. Un aménagement du mode de calcul des dotations, tendant à atténuer l'automatisme qui résulte de l'application des mécanismes actuels devrait être envisagé." Ces observations, qui sont d'ailleurs faites à propos de l'action sanitaire et sociale de l'ensemble des organismes, ont amené une simplification pour 1975. Le conseil d'administration de la C.N.A.F., reprenant en cela les positions de la commission de gestion du fonds national d'action sanitaire et sociale, a adopté une formule simplifiée : 2 P L x C N x T (31). Le changement essentiel découle de l'adoption d'une nouvelle période de référence. La commission a considéré que la situation réelle était mieux cernée en prenant pour base de référence les prestations versées au cours du premier semestre de l'année précédente et en les affectant du coefficient 2. On a ainsi supprimé le coefficient C N de la formule initiale.

- (30) Rapport de la Cour des Comptes sur 1971, J.O. 3 juillet 1973, p. 813.
- (31) Bulletin C.A.F. 1975, p. 17.

Le nouveau système a donné des résultats satisfaisants puisque le ministre du Travail conservait la formule pour 1976, en se contentant de l'actualiser. Les C.A.F. disposaient en 1976 d'une dotation égale à celle de 1975, majorée de 12,50 % (32). Ainsi, les dotations normales des C.A.F. ont évoluées de 1971 à 1973, de 565,796 millions à 618,037 puis 674,452 millions.

Le maintien du principe de la formule paramétrique permet de conserver aux C.A.F. une certaine liberté dans son utilisation. L'action sanitaire et sociale des C.A.F. s'exerce dans le cadre d'un programme fixé par le ministre de tutelle après consultation du "comité d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale" et avis du conseil d'administration de la C.N.A.F. Ce programme ne s'impose pas dans sa totalité à l'ensemble des caisses. Il constitue un catalogue d'actions possibles, parmi lesquelles le conseil d'administration de chaque caisse choisit en fonction des données locales celles qui lui paraissent prioritaires et réalisables en fonction des ressources. Les projets sont présentés à la commission régionale d'action sanitaire et sociale qui emet un avis sur les orientations régionales des programmes (33). En cas d'avis défavorable le projet ne peut être réalisé qu'avec l'accord du ministre sur avis de la C.N.A.F.

Le programme est suffisamment large et les possibilités de choix suffisamment nombreuses pour que les C.A.F. disposent d'une liberté appréciable dans le choix de leur action. Les programmes ont fait l'objet des arrêtés du 27 octobre et du 6 mars 1973 (34). Si un catalogue des actions possibles est dressé, il n'y a pas de hiérarchie entre elles et chaque caisse est responsable de la répartition de ses fonds d'action sociale. Seules limites imposées : les sommes consacrées aux aides financières aux familles ne peuvent excéder 60% de la dotation annuelle et les "bons vacances" compris dans ces aides financières ne doivent pas excéder 30 % de la dotation.

2- La dotation complémentaire

Celle-ci, au contraire de la précédente, est destinée à des actions spécifiques sous forme de prestations de service. Elle n'est alors pas déterminée selon une formule paramétrique mais en fonction des besoins. Son utilisation dépend en effet de l'équipement social des circonscriptions et ce dernier n'est pas toujours en rapport avec la situation économique, sociale et

- (32) A. 6 avril 1976, J.O. 25 avril 1976, p. 2 495.
- (33) Commission instituée en application de l'article 4 du décret du 5 avril 1968.
- (34) A. du 27 octobre 1970, J.O.20novembre 1970, p. 10 672 ; A. 6 mars 1973, J.O. 3 avril 1973, p. 3725.

démographique de celles-ci. La C.N.A.F. a été amenée à définir les actions spécifiques concernées : prestations de services, aide au logement et à l'équipement mobilier et ménager des jeunes ménages et aide à la construction des crèches.

La dotation complémentaire est répartie entre le régime minier et le fonds d'action sociale de la C.N.A.F. qui alimente les caisses en fonction de leurs demandes.

En sus des dotations la C.N.A.F. peut accorder aux caisses des subventions ou des prêts pour leurs opérations d'investissement. Celles-ci font l'objet d'un budget spécial qui est soumis à la caisse nationale pour approbation. Dans les faits la partie des budgets d'action sociale correspondant aux demandes d'aide financière pour investissements doit faire l'objet d'une annexe à ces budgets soumise à examen de la part de la C.N.A.F. Celle-ci examine dès lors le projet et décide de l'attribution des crédits supplémentaires. L'annexe ne sera intégrée dans le budget des caisses qu'après la décision de la caisse nationale arrêtant le montant de l'aide financière.

DOTATIONS D'ACTION SOCIALE AUX C.A.F.

1974 - 1975

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des ressources d'action sociale des C.A.F. pour les années considérées. Il permettra de comparer les ressources de dotations avec les ressources propres des caisses.

Nature des ressources	1974	%	74/73	1975	%	75/74
Dotations d'action sociale....	782.661	46,3	+ 16	920.516	45,9	+ 17,6
Dotations prestations de service.....	183.757	10,9	+152,6	231.708	11,6	+ 26,1
Dotations complémentaires (1)	44.097	2,6	+ 41,5	54.829	2,7	+ 24,3
Dotations centres aérés (2)..				17.978	0,9	
Prêts et subventions de la CNAF pour investissements.....	302.080	17,9	+ 57,4	370.645	18,5	+ 22,7
. aide au logement.....	97.107	5,8	+ 39,3	131.224	6,6	+ 35,3
. équipements sociaux.....	204.973	12,1	+ 67,6	239.421	11,9	+ 16,8
Remboursements de prêts.....	227.515	13,5	+ 4,9	254.447	12,6	+ 11,8
Excédents de gestion adm.	38.359	2,3		19.220	1	- 49,9
Reprises sur crédits non utilisés, recettes diverses.....	109.669	6,5	- 65,6	110.258	5,5	+ 0,5
Total.....	1.688.138	100	+ 12,1	1.979.601	98,7	+ 17,3
Remboursements caisses primaires (3)				26.509	1,3	
Total.....				2.006.110	100	

(1) Dotations accordées par la C.N.A.F. aux organismes qui ont de lourdes charges de fonctionnement : 44 caisses en 1975 contre 43 en 1974 et 38 en 1973.

(2) Dotation nouvelle destinée au fonctionnement des centres aérés, versée par la C.N.A.F. dans l'attente de l'extension des prestations de service à ces équipements, non encore autorisée par les autorités de tutelle.

(3) Prise en charge à partir du 2° semestre 1975 des interventions de travailleuses familiales relevant précédemment de la compétence des caisses primaires.

Section 3 - La branche vieillesse

La situation de la branche vieillesse est très particulière. Depuis 1967, la C.N.A.V. assure la responsabilité de l'ensemble des opérations. Il n'y a pas d'organisme de base. Nous avons vu que les Caisses Régionales d'Assurance Maladie exerçaient néanmoins, à titre provisoire, les attributions précédemment exercées par les Caisses Régionales de Sécurité Sociale. Mais les caisses régionales n'agissent que pour le compte de la C.N.A.V. Elles sont ses mandataires, et la situation n'est que provisoire. Il n'y a donc pas de relations comparables avec celles qui existent entre les CRAM, les CPAM et la CNAM ou même entre les C.A.F. et la C.N.A.F.

En ce qui concerne le service des prestations, la C.N.A.M. utilise les services des caisses régionales. Celles-ci établissent par exercice un état prévisionnel des prestations vieillesse. Mais si la C.N.A.M. alloue aux caisses régionales des dotations pour le service des prestations, le problème n'est pas du tout comparable et elle agit à leur égard en tant que seule responsable. Les caisses régionales n'agissent que sur ses ordres. Les dotations sont donc calculées d'après les états prévisionnels dressés par les caisses régionales et la caisse nationale et le problème de leur évaluation ne se pose pas. Il ne traduit pas des relations entre deux types de caisses.

Les dotations de gestion administrative, ainsi que nous l'avons vu, sont décidées d'un commun accord par la C.N.A.M. et la C.N.A.V. cette dernière remboursant ensuite au fonds de la gestion administrative de la C.N.A.M. la part qui lui revient.

Quant à l'action sanitaire et sociale de la C.N.A.V. le problème se pose en termes particuliers. Il faut en effet rappeler la situation antérieure à 1967. Jusqu'à cette date, les caisses régionales d'assurance vieillesse menaient une action sanitaire et sociale importante grâce à des ressources propres et une aide financière complémentaire de la caisse nationale de sécurité sociale. Elles avaient donc pris une place essentielle qu'il leur

sera difficile d'oublier après 1967. Or à cette date, ainsi que nous l'avons vu, c'est la C.N.A.V. qui s'est vu reconnaître toutes les compétences en matière de vieillesse. En fait entre 1967 et 1973, la C.N.A.V. a dégagé les grands principes de son action qui seront repris et confirmés par le programme ministériel fixé par les arrêtés du 6 mars 1973 et du 31 janvier 1974 La C.N.A.V. intervient seule ou avec le concours des caisses régionales d'assurance maladie dont on a déjà noté l'intervention "provisoire" en matière de vieillesse. Un minimum de 50 % des ressources annuelles du fonds national d'action sanitaire et sociale doit être affecté aux dotations individuelles des caisses régionales. Le calcul des dotations est effectué par la caisse nationale qui tient compte de l'importance des effectifs de retraités et du degré de pauvreté de la population susceptible de bénéficier de l'action sociale, grâce à un coefficient correctif égal à 2 fois et demi le nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité de la caisse régionale de base. Ces dotations doivent être utilisées pour financer les aides individuelles aux personnes âgées : aide ménagère à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat, aide aux vacances, secours et dons aux centenaires ou aide à l'information aux personnes âgées et à la recherche gérontologique, subventions à des établissements d'accueil des personnes âgées et à des associations (35). Les caisses régionales sont les mandataires de la C.N.A.V. et utilisent les dotations dans le cadre des recommandations que leur adresse la caisse nationale. Pour tout ce qui concerne les investissements immobiliers, la caisse nationale prend les décisions elle-même sur la base des projets transmis par les caisses et avec leur avis. Dans tous les cas, c'est le conseil d'administration qui définit la doctrine sur avis de la commission d'action sanitaire et sociale constituée en son sein.

Mais si les caisses régionales ne sont que les mandataires de la C.N.A.V., elles ont eu parfois du mal à oublier leur action avant 1967 et ont eu tendance à désirer poursuivre cette action, ce qui a entrainé certaines difficultés dans les rapports avec la C.N.A.V. qui a dû parfois composer avec elles. C'est d'ailleurs grâce à une procédure de conciliation qu'on a pu parvenir à ce résultat et c'est le but d'une conférence nationale annuelle des présidents et directeurs des caisses régionales qui permet un large débat sur la politique à mener (36).

- (35) Il s'agit là de l'ordre de priorité des diverses actions.
- (36) Sur l'action sanitaire et sociale de la C.N.A.V. Cf. J. CHAUVET. op. cit.

En conclusion de ce premier chapitre, nous avons vu de quelle manière les caisses nationales assuraient le financement des caisses locales, c'est-à-dire de la branche qui relève de chacune d'elles. La détermination et le montant des dotations est le premier élément de la réalisation de l'équilibre financier à un premier niveau, qui est le niveau de l'organisme de base. La dotation, enveloppe de crédits permettant la définition de l'équilibre ou du déficit de la caisse, est l'élément de base de l'équilibre de la branche. En déplaçant le problème et en le situant à un niveau plus global, les caisses nationales ont la responsabilité de l'équilibre de l'ensemble de la branche. Ceci est vrai, du moins dans les textes pour la C.N.A.M., c'est vrai en partie pour les deux autres caisses. Nous allons voir ce qu'il en est réellement.

C H A P I T R E 2

L'EQUILIBRE FINANCIER DU REGIME GENERAL

Nous l'avons vu, les caisses nationales assurent le financement des trois branches du régime général. Le problème qui se pose alors est celui de l'équilibre financier du régime. L'objectif avoué de la réforme de 1967 était de mettre en place des mécanismes susceptibles de réaliser l'équilibre financier de chacun des risques désormais distingués. Les motifs des ordonnances posent un principe général sans ambiguïté : "Chacune des trois caisses nationales devra équilibrer ses dépenses et ses recettes, en prenant toutes mesures appropriées sous le contrôle de l'Etat." C'est poser clairement en principe la compétence et la responsabilité des caisses nationales, des représentants des assurés sociaux. C'est affirmer le retour à l'autonomie du régime général.

Mais la réalisation de ce principe suppose deux conditions. Il faut que les caisses nationales se voient attribuer les pouvoirs nécessaires et il faut que l'Etat se borne à contrôler. Nous verrons ultérieurement que la seconde condition n'a pas été réalisée et que la tutelle de l'Etat, loin d'être allégée, s'est renforcée, continuant ainsi l'évolution antérieure.

La première condition a-t-elle été réalisée ? Nous verrons que les textes n'ont pas tiré toutes les conséquences du principe posé et que les pouvoirs reconnus aux caisses nationales n'avaient pas la portée nécessaire. L'ensemble des dispositions de la réforme dissimule mal la volonté des pouvoirs publics de s'en tenir à la conception qui est la leur. Les insuffisances des textes, les limites précises qui y sont inscrites, l'application très partielle qui en a été faite indiquent clairement qu'il n'était pas dans les intentions des pouvoirs publics de restaurer véritablement cette autonomie, ni de confier réel-

lement aux partenaires sociaux la responsabilité entière de la gestion et de l'équilibre financier du régime général. Pour eux la Sécurité sociale reste un service public qui gère des fonds publics. Si ce n'est pas clairement avoué, c'est la conception qui transparaît à travers les textes comme dans la pratique.

Nous pourrons le constater à travers l'étude des deux aspects fondamentaux de la question. Le premier concerne les pouvoirs qui avaient été conférés aux caisses nationales pour maintenir ou rétablir l'équilibre général de chacun des risques : pouvoirs de décision ou d'initiative sur le montant des prestations et le taux des cotisations. Ces dispositions sont restées lettre morte ou bien il en reste peu de choses. Le second concerne les pouvoirs complémentaires d'intervention au niveau des caisses locales, variables selon les branches, qui ont évolué depuis 1967 et dont on ne connaît pas la nature exacte.

1 - L'équilibre financier des risques

2 - Les pouvoirs d'intervention sur les caisses locales

Section 1 - L'équilibre financier des risques.

Les ordonnances de 1967 n'attribuaient de pouvoirs précis qu'à la seule Caisse nationale d'assurance maladie. Celle-ci recevait le pouvoir de décider du montant des prestations et du taux des cotisations. Pouvoir considérable car il relevait jusque là de la compétence des pouvoirs publics.

Les textes étaient par contre très vagues en ce qui concerne les autres caisses nationales. On peut s'en étonner car si les problèmes financiers les plus aigüs concernaient la branche maladie, il n'existe pas de différence de nature entre les trois branches. La loi de ratification de 1968, modifiant sur ce point les ordonnances, a attribué aux deux autres caisses nationales un pouvoir d'initiative précis sur ce point. Mais ce n'était qu'un pouvoir d'initiative, ce qui justifiera que l'on envisage séparément la situation de la Caisse nationale d'assurance maladie et celle de la Caisse nationale d'allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Nous verrons néanmoins que dans les deux cas ces pouvoirs sont restés théoriques et que ce n'était pas imprévisible.

I - La Caisse nationale d'assurance maladie

Selon les motifs des ordonnances, la C.N.A.M. est investie de "responsabilités particulièrement lourdes". C'est en effet la branche maladie qui connaissait (et qui connait encore) les problèmes financiers les plus aigüs puisqu'elle était pratiquement en déficit permanent depuis 1948. Le principe général est posé par l'article 2 de l'ordonnance n° 67-706 : La C.N.A.M. a pour rôle de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions. Le principe englobe l'attribution à la caisse nationale de nombreux pouvoirs, mais nous ne nous préoccuperons ici que de ce qui concerne l'action sur les prestations et les cotisations.

Il convient de préciser que si la Caisse nationale d'assurance maladie a la responsabilité de deux gestions : l'assurance maladie et la gestion des accidents du travail, seule la première est concernée puisque, dans le secteur accidents du travail, le problème a été résolu par la fixation des cotisations en fonction des prestations.

C'est l'article 17 de l'ordonnance qui fixe le pouvoir de la C.N.A.M. C'est donc cet article que nous verrons en un premier point, mais nous verrons ensuite qu'il est resté théorique.

A - L'article 17 de l'ordonnance n° 67-706

"Clé de voûte de toute la réforme" selon les termes de M. DUPEYROUX (1), cet article 17 confère à la C.N.A.M. un pouvoir fondamental. Il dispose en effet dans un premier temps que, si les ressources de la gestion maladie excédent le montant des charges, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve. Disposition classique qui n'appelle pas de commentaire particulier, sinon qu'elle n'a pas eu souvent à jouer depuis 1967. En effet, seule l'année 1968 a fait apparaître un léger excédent dans la gestion de l'assurance maladie : + 211 millions.

Si, au contraire, les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de la gestion, l'équilibre financier doit être rétabli par un prélèvement sur ce fonds de réserve. Cette disposition n'a évidemment pas pu jouer, les soldes cumulés faisant apparaître un déficit de 12 milliards à la fin de 1975.

A défaut de ce prélèvement, la C.N.A.M. peut modifier le taux des prestations, augmenter les cotisations ou procéder à une combinaison de ces deux mesures. C'est le conseil d'administration qui prend les décisions. Il s'agit bien là d'une disposition fondamentale qui confère aux administrateurs de la caisse nationale les plus larges responsabilités. Ce pouvoir appartenait en effet antérieurement exclusivement aux pouvoirs publics. C'est une innovation essentielle qui est confirmée par l'article 5 d'un décret du 22 décembre 1967 (2) :

- (1) J.J. DUPEYROUX. Droit de la Sécurité Sociale, DALLOZ, 1975, p. 628
- (2) Décret n° 67-1230, précité.

la caisse nationale établit par exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses," en fonction des prévisions ainsi établies, la caisse nationale prend les mesures nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier."

Ce pouvoir est assorti d'un certain nombre de conditions qui en limitent la portée. Tout d'abord, lorsqu'elles comportent une augmentation des cotisations, ces décisions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre de l'Economie et des Finances (3). En second lieu, à l'instar de toutes les décisions des conseils d'administration des caisses nationales, celle qui concerne la modification du taux des prestations n'est exécutoire que s'il n'y a pas opposition de l'un ou l'autre des ministres de tutelle dans les vingt jours (4).

Il est prévu également qu'en cas de carence du conseil d'administration, les ministres de tutelle le mettent en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires. Si cette mise en demeure reste sans effet, le gouvernement procède au rétablissement de l'équilibre soit en se substituant au conseil d'administration, soit en usant des pouvoirs qu'il tient de la législation en vigueur.

Enfin, il faut noter que les conditions et les limites de ces pouvoirs conférés à la C.N.A.M. devaient faire l'objet de décrets d'application.

Il y avait donc là une disposition essentielle dont l'esprit était résumé par M. JEANNENEY en ces termes : "Dans le domaine des ressources comme dans celui des dépenses, le gouvernement conserve un pouvoir d'intervention éminent, mais qu'il ne souhaite exercer qu'en cas de carence des partenaires sociaux." (5) On pouvait cependant constater que la portée de ces pouvoirs était assez sérieusement restreinte dans les textes et concevoir quelque doute sur leur application. De fait, ils sont restés lettre morte.

B - Des dispositions inappliquées

Dès l'origine ces dispositions avaient provoqué une certaine

- (3) Article 18 de l'ordonnance 67-706.
- (4) Article 64, ordonnance nº 67-706.
- (5) Droit Social, 1968, p. 9

incrédulité chez les commentateurs. Le problème de la croissance des dépenses de santé est un problème d'importance considérable et nationale dont la portée rend douteuse la possibilité de le régler par négociation entre les partenaires sociaux. Pour M. DUPEYROUX, le problème de l'assurance maladie résidant dans la discordance structurelle entre l'évolution des salaires et celle des prestations médicales, on pouvait craindre que les mesures prises aillent en sens unique. Augmenter les cotisations ne devant pas "soulever l'enthousiasme chez les représentants des employeurs" (6), il ne restait guère qu'une solution prévisible : la réduction des prestations et notamment l'augmentation permanente du ticket modérateur. Ainsi, constatait M. DERLIN, " le gouvernement se déchargerait sur le conseil d'administration de la C.N.A.M. des responsabilités impopulaires" alors qu'il n'oserait pas entreprendre une politique de la santé (7). Dans l'ensemble on voyait donc dans ces dispositions un moyen de faire assumer par les administrateurs la responsabilité de décisions en tout état de cause limitées, de leur faire cautionner et faciliter une politique sociale dont, en fait, elles n'ont pas l'initiative.

Ces dispositions sont restées théoriques. Les décrets qui auraient du préciser les conditions et les limites de ces pouvoirs ne sont jamais intervenus. Dans ces conditions les mesures prises depuis lors l'ont été par le gouvernement sans intervention de la C.N.A.M. Ainsi, en 1975, à la veille du décret du 29 décembre qui devait décider une augmentation des cotisations, le conseil d'administration adressait une lettre au Premier Ministre, lui rappelant que la loi avait donné en 1967 la responsabilité de la gestion de la Sécurité sociale aux administrateurs et qu'ils entendaient donc qu'aucune décision ne soit prise sans leur accord et pas seulement en sollicitant leur avis "dont il n'est généralement pas tenu compte" (8). De même, en 1976, l'augmentation des cotisations maladie et vieillesse par décret du 29 septembre, fut décidée par le gouvernement sans intervention de la C.N.A.M. et contre son avis unanime. De fait on voit mal comment il pourrait en être autrement faute d'avoir tiré toutes les conséquences du principe posé. Force est d'admettre que cette disposition s'insérait mal dans l'ensemble des limites apportées aux responsabilités des administrateurs, ne considérerait-on que le contrôle a priori de toutes les décisions des caisses nationales.

- (6) J.J. DUPEYROUX, Droit Social, 1968, p. 16
- (7) Revue Française des Affaires Sociales, 1971, p. 108.
- (8) M. FOY, Sud-Ouest, 8 décembre 1975.

Du moins aurait-on pu penser que le gouvernement aurait à coeur de tenir compte des avis formulés par les caisses nationales. L'exemple des C.N.A.F. et C.N.A.V. auxquelles le Parlement avait en 1968 conféré un pouvoir d'initiative, vient démentir cet espoir.

II - Les autres Caisses nationales

A - La C.N.A.F.

L'ordonnance de 1967 ne comportait rien de comparable à l'article 17 en ce qui concerne la Caisse nationale d'allocations familiales. Celle-ci ne recevait pas le pouvoir de décision sur les cotisations et les prestations. Il est en effet admis que les organismes d'allocations familiales, comme d'ailleurs pour la branche vieillesse, assurent une redistribution dont les éléments ne relèvent pas de leur compétence.

C'est la loi de ratification du 31 juillet 1968 qui conférait à la C.N.A.F. un pouvoir d'initiative : "Le conseil d'administration de la caisse nationale d'allocations familiales propose au gouvernement toutes mesures concernant le maintien de l'équilibre financier des régimes de prestations familiales dont elle assure le financement ainsi que l'utilisation des ressources disponibles. Il donne son avis sur toute mesure présentée aux mêmes fins par le Gouvernement." (9) Il convient également de rappeler que la C.N.A.F. a une large responsabilité puisque d'elle dépendent tous les régimes de prestations familiales, à l'exception du régime des exploitants agricoles.

Le problème qui s'est posé à la C.N.A.F. a été complètement différent de celui de la C.N.A.M. Il ne s'est pas agi d'un problème de déficit mais bien plutôt d'un problème d'excédents. En effet, nous avons déjà eu l'occasion de le dire et c'est fondamental, la branche des prestations familiales est en excédent constant depuis 1951 et ce, malgré des abaissements réguliers du taux des cotisations d'allocations familiales. L'histoire de la C.N.A.F. depuis 1967 a alors été celle d'une longue suite de protestations et d'indignations, de regrets et de refus de discussion de décisions qui lui étaient imposées contre son avis. Depuis 1967, comme avant cette date, la branche des prestations familiales accumule les excédents mais elle ne peut utiliser ces ressources à l'amélioration des prestations. Ces excédents servent à combler le déficit de la branche assurance maladie, au mépris des dispositions du décret du 6 avril 1962, des dispositions des ordonnances et de la loi de ratification de 1968.

Il est intéressant d'un point de vue général de rappeler les

- (9) Art. 23 - de l'ordonnance n° 67-706, modifié par la loi de ratification du 31 juillet 1968.

mots prononcés par M. JEANNENEY, ministre des Affaires sociales, installant le 28 septembre 1967 le conseil d'administration de la C.N.A.F. : "Le rôle du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales est inscrit dans le texte même de l'ordonnance, mais je tiens à vous dire qu'à mes yeux il dépassera les dispositions mêmes de l'ordonnance (...) à savoir que le Gouvernement considère que le conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales sera (parmi d'autres organismes d'ailleurs) l'un de ceux et l'un des principaux avec lesquels il entend étudier les mesures qu'il convient de prendre en faveur des familles françaises." (10)

En contrepoint, M. BOISARD, Président du conseil d'administration de la C.N.A.F. résumait clairement le problème des relations entre le gouvernement et la C.N.A.F. (11) : "Les décisions du Gouvernement en ce domaine ont souvent provoqué les protestations de la Caisse nationale des allocations familiales, qui regrettait d'être mise, dans la plupart des cas, devant le fait accompli. A plusieurs reprises, le président est intervenu, au nom du conseil unanime, pour exprimer son désaccord à un abaissement du taux des cotisations, mais ce fut en pure perte... Pourtant, entre temps, le conseil d'administration de la C.N.A.F. n'avait cessé de rappeler aux pouvoirs publics la dégradation des prestations familiales et par conséquent du niveau de vie des familles et de réclamer un relèvement substantiel des allocations familiales. Dès novembre 1967 il avait demandé l'application des dispositions du décret du 6 avril 1962 qui prévoient l'affectation par décret des excédents du fonds national des prestations familiales constatés à la clôture de chaque exercice, et employés intégralement à l'amélioration des prestations." Ce long extrait présente clairement les divers problèmes sur lesquels le conseil d'administration a exprimé, depuis 1967, ses protestations, ses craintes ou ses déceptions.

On multiplierait les exemples des cas où le conseil d'administration de la C.N.A.F. n'a eu connaissance des décisions gouvernementales qu'en même temps que la presse et le public : mesures concernant les prestations familiales au début de 1969 (12), transfert d'un point et demi de la cotisation des prestations familiales en 1973 (13). Les transferts de cotisations interve-

- (10) Cité par M. BOISARD, Revue Française des Affaires sociales, 1971, p. 122
- (11) Ibid.
- (12) M. DOUBLET, Sécurité sociale, p. 389.
- (13) Lettre du président de la C.N.A.F. 23 octobre 1973 : "le conseil d'administration a marqué sa surprise et ses regrets d'avoir eu connaissance de ces diverses mesures par voie de la presse écrite et orale préalablement à votre communication." Bull. C.A.F. 1973, n° 10, p. 50.

nus en 1967, 1970 et 1973, qui ont porté le taux de 13,50 % à 9 % sont bien entendu intervenus contre l'avis unanime du conseil d'administration (14). Celui-ci demande régulièrement, mais en vain, que les excédents de la branche soient affectés à l'amélioration des prestations dont il rappelle régulièrement la dégradation (15).

Enfin, le conseil d'administration rappelle régulièrement l'existence de cet article 23 : "En effet, l'article 23 de l'ordonnance modifiée du 21 août 1967 précise que la Cnaf doit assurer le financement des régimes de prestations familiales (...) et que son conseil d'administration est qualifié pour proposer au gouvernement toutes mesures concernant le maintien de l'équilibre financier (...) Compte tenu de ces dispositions, à notre avis non équivoques, le conseil d'administration de la Cnaf aurait dû être saisi pour avis (...)" (16).

Sans multiplier les exemples, ceux que nous venons de donner permettent de prendre une mesure exacte de l'exercice de ses responsabilités par la CNAF. Consultée pour la forme, il n'est la plupart du temps pas tenu compte de ses suggestions et propositions, encore moins de son opposition. Il y a fondamentalement désaccord entre elle et le gouvernement sur le fond du problème. Pour la C.N.A.F. "les cotisations sociales constituent fondamentalement un prélèvement sur les salaires des travailleurs" (17), pour les pouvoirs publics les cotisations ont un caractère parafiscal et constituent des fonds publics car les organismes de Sécurité sociale sont des organismes privés chargés d'un service public et les organismes nationaux ont le statut d'établissement public.

B - La C.N.A.V.

C'est également la loi de ratification de 1968 qui confère à la C.N.A.V. un pouvoir d'initiative : "Le conseil d'administration de la C.N.A.V. propose au gouvernement toute mesure concernant le maintien de l'équilibre financier du régime, ainsi que l'utilisation des ressources disponibles. Il donne son avis sur toute mesure présentée aux mêmes fins par le gouvernement." (18). Le problème est le même que pour la C.N.A.F., il est admis que les éléments de la redistribution sont de la compétence gouvernementale. L'action de la caisse natio-

- (14) R.F.A.S. précitée - Lettre du Président C.N.A.F. 23 octobre 1973- Réunion conseil d'administration de la C.N.A.F. 8.1.73.
- (15) R.F.A.S. précitée - Réunion C.A. 8.1.73, Bull. C.A.F. 1974, p. 42- Cf. Réflexions sur la situation de l'institution "A.F." Bull. C.A.F. 1976, p. 6
- (16) Lettre du Président de la C.N.A.F. - 2 octobre 1972, Bull. C.A.F. 1973, n° 1, p. 12.
- (17) Ibid.
- (18) Article 36 de l'ordonnance n° 67-706 modifiée.

nale a surtout consisté depuis 1967, en des débats sur les conditions de l'équilibre à l'occasion de la présentation annuelle des résultats de l'exercice écoulé et des prévisions sur l'exercice en cours (19). Elle n'a pu ainsi que rejeter à l'unanimité de son conseil d'administration le projet présenté par le gouvernement en novembre 1973, d'une compensation des charges entre les régimes obligatoires de sécurité sociale.

En conclusion il est clair que pour le gouvernement la politique économique et sociale constitue un ensemble. Le pouvoir exécutif, responsable de l'action économique et sociale, n'entend pas laisser aux partenaires sociaux, ni au Parlement la possibilité de modifier l'une des orientations définies. Il demande donc aux partenaires d'intervenir, une fois les choix arrêtés, pour les approuver et faire éventuellement connaître leur position sur les modalités d'application de ces mesures. Les modalités d'adoption de l'article 11 de la loi de finances pour 1974, instituant une compensation des charges entre les régimes obligatoires de sécurité sociale en constituent un exemple significatif. Les conseils d'administration, consultés précipitamment sur des projets très importants " de nature à bouleverser les systèmes de financement de la sécurité sociale " (20), ont tous rejeté le projet, ne pouvant cautionner un système " dont le détail des mécanismes prévus et les conséquences financières de leur application ne lui étaient pas présentés." (21)

Même réaction chez les parlementaires à qui on présentait par surprise, dans un article de la loi de finances, un système très complexe. Un parlementaire soulignait au cours des débats que le Parlement passe un mois à examiner le budget mais ne consacre pas un après-midi à l'étude du budget social de la nation qui atteint 240 milliards. En fin de compte le Parlement repoussait cet article 11 en lui substituant de nouvelles dispositions.

Mais, si le gouvernement fait si peu de cas de ses partenaires, qu'il ne veut pas voir remettre en cause sa politique, la question reste posée de la portée d'une politique dont l'essentiel consiste à combler les déficits d'une branche par les excédents des autres.

- (19) Cf. A. MARETTE, La C.N.A.V. Revue Française des Affaires sociales, 1971, p. 140.
- (20) Cf. Questions de S.S. 1973, p. 268.
- (21) Réaction de la C.N.A.F. rapportée ci-dessus.

Section 2 - Les pouvoirs d'intervention sur les caisses locales

Afin de compléter les pouvoirs dont nous venons de voir qu'il ne reste rien, les textes avaient conféré aux caisses nationales un certain nombre d'attributions consistant, d'une part à définir une politique, d'autre part à intervenir dans la gestion des caisses locales. Chaque caisse nationale, en fonction du rôle qui lui était confié, devait disposer des moyens d'action nécessaires à sa mise en oeuvre. L'ensemble de ces attributions constitue un pouvoir dont la nature exacte a été discutée. Pouvoir hiérarchique ou pouvoir de contrôle, la nature en est d'autant plus difficile à préciser qu'il est limité et entre en concurrence sur de nombreux points avec la tutelle des pouvoirs publics. C'est pourquoi il faudra analyser les attributions des caisses nationales avant d'essayer de prendre une mesure la plus exacte possible de la nature réelle du pouvoir qui leur est conféré. A cet égard, il faut distinguer entre la C.N.A.M. et les autres caisses nationales dont la situation n'est pas identique.

I - La Caisse nationale d'assurance maladie

Selon les motifs des ordonnances de 1967 "La Caisse nationale d'assurance maladie, dont les responsabilités seront particulièrement lourdes, aura le pouvoir d'imposer, si elle l'estime indispensable, aux caisses locales dont la gestion lui paraitrait de nature à compromettre l'équilibre financier de l'ensemble, des mesures particulières, tendant à restaurer leur équilibre financier."

L'article 2 de l'ordonnance n° 67-706 définit le rôle de la caisse nationale : assurer le financement de l'assurance maladie et des accidents du travail et maintenir l'équilibre financier de ces deux gestions, contribuer à la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles, exercer une action sanitaire et sociale et coordonner celle des caisses régionales et primaires, organiser et diriger le contrôle médical et enfin, exercer un contrôle

sur les opérations immobilières des caisses et sur la gestion de leur patrimoine immobilier. La loi de ratification du 31 juillet 1968 complète cet article et précise que la caisse nationale, au titre des attributions énoncées ci-dessus, exerce un pouvoir de contrôle sur les caisses régionales et primaires.

Il s'agit donc d'un rôle important et d'un pouvoir large d'intervention sur les caisses locales qui sera précisé par les articles suivants de l'ordonnance. Mais, les termes utilisés soulèvent deux questions a priori. D'après les motifs cités ci-dessus, la caisse nationale reçoit le même pouvoir que les pouvoirs publics qui, d'après l'article L 171 du code de sécurité sociale peuvent annuler les décisions des caisses susceptibles de compromettre l'équilibre financier du régime.

En second lieu, l'article 2 qualifie de pouvoirs de contrôle le pouvoir de la caisse nationale alors que les pouvoirs publics, d'après les motifs des ordonnances, exercent également un pouvoir de contrôle sur les organismes de sécurité sociale. Il y a là, d'ores et déjà, une source de confusion et pour le moins d'ambiguïté. Comme le dit M. DERLIN, président de la C.N.A.M. : "Définir du même terme le pouvoir de la caisse nationale et celui de l'Etat c'était créer une équivoque, mettre en opposition la gestion et les pouvoirs publics. S'il n'y a aucune autorité pour diriger, mais deux pour contrôler, c'est le plus fort des contrôleurs qui dirigera." (22) A partir du moment où le contrôle de l'Etat ira en se renforçant, les pouvoirs de la C.N.A.M. comme ceux des autres caisses nationales ne pouvaient que diminuer.

Parmi les attributions de la C.N.A.M. il faut mettre à part le contrôle médical qui était exercé antérieurement par les caisses régionales et qui dépend maintenant du directeur de la caisse nationale. C'est la confirmation de l'évolution commencée en 1960 visant à séparer le contrôle et les organismes de gestion.

Nous allons donc être amenés à distinguer les pouvoirs de la caisse nationale sur les caisses locales en matière de gestion des risques d'une part, et de gestions annexes d'autre part. En ce qui concerne les prestations en effet, les pouvoirs de la C.N.A.M. sont restés théoriques. Il n'y a qu'en ce qui

- (22) M. DERLIN, la C.N.A.M., R.F.A.S. 1971, p. 104.

concerne les gestions annexes que la caisse exerce effectivement certains pouvoirs sur les caisses régionales et primaires, pouvoirs qui ont subi une évolution du fait des modifications intervenues dans le mode de financement par les dotations.

A - Le contrôle de la gestion des risques par les caisses locales

1- En vertu de l'article 16 de l'ordonnance, la C.N.A.M. prescrit aux caisses régionales et primaires les mesures nécessaires pour assurer l'équilibre financier de la gestion maladie. C'est un pouvoir complémentaire de celui de l'article 17 et un pouvoir de nature hièrarchique sur les caisses locales.

2- D'après l'article 20, si les dotations attribuées à une caisse primaire excèdent le montant des charges correspondantes, les excédents sont affectés pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse et pour partie au fonds de réserve de la caisse nationale. C'est un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre des Finances qui fixe les modalités de répartition.

En cas de déficit, l'équilibre financier de la caisse primaire doit être rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve, à concurrence des excédents précédemment affectés par elle. Sinon, la caisse nationale peut accorder à la caisse une avance ou une subvention, sur demande motivée de sa part (23). Ces avances doivent être remboursées dans les cinq ans suivant leur attribution ou peuvent être transformées en subventions, sur décision de la caisse nationale, lorsque la caisse bénéficiaire justifie que des circonstances particulières sont à l'origine de l'augmentation des prestations (24).

3- Aux termes de l'article 22 de l'ordonnance, la caisse nationale peut mettre en demeure une caisse primaire de prendre des mesures de redressement dans un délai déterminé. En cas de carence elle peut se substituer au conseil d'administration de la caisse primaire et ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour rétablir la situation financière de la caisse primaire. C'est là un pouvoir classique de tutelle.

- (23) Article 21 - ordonnance 67-706
- (24) Article 6 - Décret 67-1230.

4- Ces articles conféraient donc à la caisse nationale les moyens d'action nécessaires à l'exercice de ses responsabilités en matière d'équilibre financier du risque maladie. En fait ces dispositions sont restées théoriques. D'une part elles auraient dû être précisées par des décrets d'application qui n'ont jamais été pris. D'autre part, il faut bien dire que la caisse nationale était un peu désarmée. L'inspection générale des affaires sociales notait, dans son rapport sur 1971 : "Les lacunes les plus criantes résultent de l'absence d'activité dans le domaine des interventions, prévues dans les textes, au niveau de la gestion des risques par les caisses primaires." (25) Le rapport explique en effet que l'absence de méthodes statistiques suffisantes, interdit de prendre une mesure exacte des inégalités régionales. La C.N.A.M. manque gravement de normes et d'études comparatives qui la désarment si elle désire intervenir dans un secteur géographique où les dépenses progressent de façon inquiétante. Comment définir précisément les abus, sans une vision nette des inégalités régionales dans l'évolution de la consommation médicale et de la morbidité ? C'est d'ailleurs un des points sur lequel l'inspection souhaitait une collaboration des organismes avec les directions régionales de la sécurité sociale, que l'établissement de statistiques régionales et nationales.

La mise en oeuvre effective de ces pouvoirs d'intervention dans la gestion des risques par les caisses locales supposait en effet que des mécanismes de calcul et d'attribution des dotations soient mis au point. Nous avons vu qu'en vertu de l'article 19 de l'ordonnance, la C.N.A.M. devait attribuer des dotations aux caisses locales pour financer le service des prestations. Les modalités de détermination de ces dotations n'ayant pu être définies en raison des difficultés techniques d'analyse de la situation sociale, familiale, médicale, économique de chaque caisse, la notion d'équilibre financier de la gestion du risque à leur niveau reste théorique. Dès lors qu'il n'existe pas de volume global de référence en matière de ressources et de charges, la notion d'équilibre ou de déficit n'a aucune signification. Dire qu'une caisse est en déficit c'est constater que les ressources qui lui ont été accordées n'étaient pas suffisantes pour payer des prestations sur le montant desquelles la caisse n'a aucune prise.

Comme l'écrivait M. DERLIN : "Le problème des dépenses de santé n'est pas réductible à la notion d'équilibre financier des caisses. Le contrôle par la C.N.A.M. de la gestion des organismes payeurs de prestations, s'il constitue l'une de ses attributions, ne peut servir qu'à donner une bonne conscience tant que les dépenses de santé croîtront plus vite que le produit national

- (25) Rapport sur la Tutelle, 1971, p. 12.

brut." (26) Et de citer le professeur Canivet : "On ne peut pas espérer diriger l'assurance maladie vers une gestion financière équilibrée si l'appareil de distribution des soins se développe selon ses tendances propres et indépendamment de toute notion de rentabilité." Ainsi, à travers le contrôle de la C.N.A.M. sur les caisses primaires et régionales, c'est tout le problème de fond qui est posé." La gestion de l'assurance maladie, telle qu'elle est confiée à la C.N.A.M. n'a d'intérêt social et n'aura d'efficacité qu'en s'exerçant dans une politique de la santé appliquée à l'ensemble des activités intéressées." (27) M. DERLIN démontre ainsi l'inutilité fondamentale de ces dispositions des textes de 1967. La croissance excessive des dépenses de santé est un problème national et doit faire l'objet d'une politique globale de la santé. Lorsque des choix fondamentaux auront été faits, la notion d'équilibre de l'assurance maladie aura une signification, ce qu'elle n'a pas actuellement.

- (26) R.F.A.S. 1971, p. 108.
- (27) M. DERLIN - Ibid. p. 109.

B - Le contrôle des gestions annexes

La C.N.A.M. exerce un contrôle sur les budgets des caisses locales. Celles-ci établissent en effet des budgets pour la gestion administrative, l'action sanitaire et sociale, et la prévention des accidents du travail pour les caisses régionales. Ce dernier doit être approuvé par la C.N.A.M. avant exécution (28). Il y a donc là, dès 1967, un contrôle a priori et une coordination de l'action des caisses régionales. Mais les problèmes les plus importants concernent les deux autres gestions : administrative et action sanitaire et sociale.

1- La gestion administrative

La procédure instituée en 1967 a évolué avec la modification des modalités de détermination des dotations. Dans les textes, la C.N.A.M. attribue des dotations aux caisses locales. Puis elle exerce un contrôle a posteriori. Si le compte de gestion administrative d'une caisse présente un excédent à la fin d'un exercice, celui-ci est affecté pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse et pour partie au fonds national de la gestion administrative (29). Si le compte est déficitaire, la caisse nationale, sur les explications fournies par l'organisme et les observations formulées par le directeur régional, examine les causes du déficit, arrête les mesures de redressement et fixe le délai dans lequel elles doivent être prises. Ces mesures peuvent consister en une réduction des ressources affectées à l'action sanitaire et sociale de la caisse ou l'octroi d'une subvention spéciale. La C.N.A.M. peut également décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets ultérieurs. La C.N.A.M. notifie sa décision à la caisse et, en cas de carence, peut se substituer au conseil d'administration de la caisse et ordonner la mise en application des mesures prescrites.

Le système institué confère donc à la caisse nationale une sorte de pouvoir de tutelle a posteriori. Pour en comprendre l'esprit, il faut rappeler l'existence de l'article L 171 du code de sécurité sociale. Sans en analyser les détails, ce qui sera fait ultérieurement, il est nécessaire de rappeler que cet article permettait à l'autorité de tutelle ou à son représentant, le directeur régional, d'annuler les décisions des caisses illégales ou

- (28) Art. 26, Décret 67-1230
- (29) Art. 19 et 20, Décret 67-1230.

inopportunes financièrement. Le schéma devait alors être le suivant : octroi à la caisse nationale des responsabilités essentielles, c'est-à-dire de la détermination des dotations puis du contrôle financier a posteriori des caisses locales. Parallèlement, allègement de la tutelle des pouvoirs publics qui exerceraient un contrôle a priori sur le seul plan de la légalité (30).

Nous verrons que la tutelle des pouvoirs publics ne s'est pas allégée en fait, malgré une réforme de l'article L 171. Avec la nouvelle procédure de détermination des dotations mise en place à partir de 1973 pour les caisses primaires et à partir de 1977 pour les caisses régionales, les budgets de ces organismes font l'objet, a priori, des contrôles des pouvoirs publics et de la caisse nationale. Celle-ci, en effet, détermine désormais la dotation à partir de l'examen a priori des budgets ce qui ne va pas sans un certain contrôle. Cela facilite, en tout état de cause, le contrôle des budgets pour les autorités de tutelle. Il est donc clair que l'esprit a totalement changé. La caisse nationale procède à un exemen des budgets, ceux-ci doivent être approuvés par le Directeur régional en vertu du nouvel article L 171. L'esprit qui devait présider aux réformes de 1967 a totalement disparu.

2- L'action sanitaire et sociale

L'exercice d'une action propre et la coordination et l'animation de celle des caisses primaires et régionales constituent une attribution importante de la C.N.A.M. Le conseil d'administration définit la politique d'ensemble de la branche maladie en la matière. Il convient de rappeler que les interventions des caisses d'assurance maladie doivent s'inscrire dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel, pris après avis de la C.N.A.M.

Les modalités de contrôle sont différentes selon qu'il s'agit des caisses primaires ou des caisses régionales. En ce qui concerne les caisses primaires, la caisse nationale a été amenée à donner son avis sur la liste limitative des prestations supplémentaires ou extra-légales qu'elles peuvent servir. Cette liste est fixée par arrêté du ministre de la Sécurité sociale. L'action des caisses laisse apparaître de grandes disparités dans la répartition des crédits entre les catégories d'intervention (31). La C.N.A.M. est favorable à ces diversités qui tiennent essentiellement aux particularismes démographiques, économiques

- (30) Cf. Ci-dessus, p. 122.
- (31) Cf. C. PRIEUR, L'action sanitaire et sociale du régime général d'assurance maladie, Droit Social, 1976, p. 311.

et sociologiques des circonscriptions. La caisse nationale laisse donc aux caisses primaires une grande liberté d'action. D'après le décret du 5 avril 1968 (32), elle peut cependant décider d'approuver le budget d'une caisse pour l'exercice suivant. Selon M. PRIEUR, cet examen a priori s'écartant par trop des orientations définies par la C.N.A.M. n'a jamais été mis en oeuvre. Il n'existe donc pas de contrôle de la caisse nationale : les dotations sont accordées et déterminées selon une formule paramétrique et si un contrôle a posteriori est possible, il n'est pas effectué. Il faut alors rappeler qu'en vertu du même article L 171 nouveau, le directeur régional doit approuver avant exécution les budgets d'action sanitaire et sociale des caisses primaires. Par conséquent, en ce qui concerne les caisses primaires, leur action sanitaire et sociale est contrôlée essentiellement par les pouvoirs publics.

Il n'en est pas de même pour les caisses régionales, celles-ci étant chargées de l'action dans l'équipement collectif alors que les caisses primaires sont chargées de l'aide individuelle. Ceci explique la différence de traitement. Dans le cadre du programme ministériel, la C.N.A.M. a défini des modalités d'intervention impératives. Il a ainsi été établi un classement en trois catégories des opérations susceptibles de bénéficier d'une participation : opérations subventionnées, établissements gérés par les caisses, opérations non subventionnées. La caisse nationale demande à ce que les projets retenus par les caisses s'inscrivent dans le cadre de la carte sanitaire et n'accorde d'aide qu'aux établissements publics sauf cas exceptionnels.

Pour la réalisation de ces opérations les caisses sont soumises à une procédure budgétaire stricte. Leur budget doit être établi avant le début de chaque exercice. Il est soumis pour avis motivé à la commission régionale d'action sanitaire et sociale, puis transmis à la caisse nationale et communiqué au directeur régional. La C.N.A.M. approuve le budget. Elle vérifie que le montant des autorisations de programme n'excède pas l'enveloppe fixée au départ. Elle n'accorde les crédits d'investissement qu'après avoir épluché les opérations envisagées. Elle est ainsi amenée à en refuser certaines non inscrites au Plan ou à réduire les crédits pour d'autres. Elle demande à la caisse d'y apporter des modifications, mais elle ne dispose d'aucun pouvoir de substitution et ne peut inscrire d'office un projet non retenu ou changer l'ordre de priorité des opérations, qui reste déterminé par la caisse régionale.

- (32) Décret n° 68-327, précité.

Ainsi, selon les domaines, l'intervention de la C.N.A.M. sur la gestion des caisses locales a une portée plus ou moins grande. Il est difficile de porter une appréciation exacte, tant que l'on n'a pas mesuré l'étendue de l'intervention des pouvoirs publics à tous les niveaux du fonctionnement de l'institution. Ce que l'on peut remarquer, c'est que l'amenuisement des moyens d'action de la caisse nationale a été considérable et que la marge d'autonomie dont elle bénéficie est très étroite. Dès lors qu'elle n'a pas les moyens d'agir sur les cotisations et les prestations, dès lors que toutes ses décisions sont soumises au contrôle préalable des pouvoirs publics, dès lors que son contrôle sur les organismes locaux entre en permanence en concurrence avec celui des pouvoirs publics, peu importe en définitive de mesurer le degré exact d'autonomie (ne devrait-on pas dire de dépendance ?) dont elle jouit. Il suffit de réaliser que les intentions qui auraient dû présider à la réforme de 1967 et à son application sont restées des voeux pieux. Les pouvoirs importants, les responsabilités que les textes de 1967-1968 lui avaient conférés étaient ou trop grands ou pas assez grands. Pas assez grands car ils ne suffisaient pas à assurer une autonomie complète de la branche et que la tutelle des pouvoirs publics ne s'est pas allégée. Trop grands car, l'expérience l'a montré, les pouvoirs publics n'avaient pas l'intention de changer grand chose. Faute d'avoir entièrement repensé le système, la branche maladie a connu les mêmes problèmes que par le passé et ils ont été résolu de la même façon. A cet égard le principe de l'unité de trésorerie qui permet le financement du déficit de la branche maladie par les excédents des prestations familiales, était très révélateur des intentions réelles de l'Etat.

II - Les autres caisses nationales

A - La Caisse nationale des allocations familiales

Les motifs des ordonnances de 1967 étaient clairs sur ce point, la C.N.A.F. ne disposerait pas de moyens d'action identiques à ceux de la C.N.A.M. L'article 23 de l'ordonnance 67-706 qui définit le rôle de la Caisse nationale, précise qu'elle a pour rôle d'assurer le financement des régimes de prestations familiales, de gérer un fonds d'action sanitaire et sociale et d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des C.A.F. et sur la gestion de leur patrimoine immobilier. C'est la loi de ratification de 1968 qui a inséré dans l'article 23 de l'ordonnance 67-706, la seule disposition importante lui permettant d'agir sur la gestion des C.A.F. Aux termes de cet article le conseil d'administration de la C.N.A.F. peut prescrire aux caisses d'allocations familiales toutes mesures tendant à améliorer leur gestion. En cas de gestion défec-

tueuse, il peut mettre en demeure une C.A.F. de prendre, dans un délai déterminé les mesures de redressement utiles. Enfin, en cas de carence, il peut se substituer au conseil d'administration de la C.A.F. et ordonner la mise en application des mesures qu'il estime nécessaires. C'est donc l'attribution à la C.N.A.F. d'un véritable pouvoir hiérarchique sur les caisses d'allocations familiales, identique à celui de la Caisse nationale d'assurance maladie. Il a donc connu le même sort.

En fait la C.N.A.F., ainsi que nous l'avons vu, a pratiqué une politique de concertation avec les C.A.F. Sans revenir sur ce qui a déjà été dit, il est de fait que le problème de la branche des prestations familiales est financièrement tout à fait différent. La caisse nationale n'exerce pas de pouvoir hiérarchique sur les C.A.F. et se refuse à le faire.

En matière d'action sanitaire et sociale, la C.N.A.F. n'exerce pas de pouvoir de direction sur les C.A.F. Le décret du 5 avril 1968 prévoit que les dépenses d'investissement font l'objet d'un budget spécial qui doit être approuvé par la caisse nationale. Celle-ci se contente en général d'orienter l'action des C.A.F. sans les obliger à suivre ses suggestions. Elle n'exerce un contrôle que si les caisses font appel à elle pour financer leurs réalisations. Le conseil d'administration précise ainsi : "En ce qui concerne la réalisation d'équipements sociaux, la commission de gestion du F.N.A.S.S. se prononcera sur l'opportunité du projet avant de prendre une décision sur le montant de la subvention." (33) Il rappelle qu'il n'est pas de sa compétence de procéder au choix parmi les projets, mais que ces choix et la définition des priorités font partie des responsabilités des C.A.F. Ainsi, si elle finance l'action des caisses par des dotations qui, rappelons-le sont déterminées par une formule paramétrique, elle se contente d'orienter cette action mais ne la dirige pas.

En ce qui concerne la gestion administrative, la C.N.A.F. détient certains pouvoirs sur les caisses. Aux termes de l'article 39 du décret nº 67-1230, si le compte de gestion administrative d'une C.A.F. est déficitaire, la caisse nationale, au vu des explications fournies par l'organisme et des observations présentées par le directeur régional de la sécurité sociale, examine les causes du déficit, arrête les mesures nécessaires et le délai dans lequel elles doivent être prises. Elle peut ainsi décider une réduction des ressources affectées à l'action sanitaire et sociale de la caisse, accorder une subvention spéciale ou décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets ultérieurs.

- (33) Bull. C.A.F. 1976, nº 1, p. 12.

Cette intervention a posteriori était la seule pratiquée par la C.N.A.F. jusqu'en 1977. Les budgets de gestion administrative des caisses (comme d'ailleurs ceux d'action sanitaire et sociale) devaient être approuvés a priori par le directeur régional de la sécurité sociale, en vertu de l'article L 171 du code de sécurité sociale. La C.N.A.F. après l'attribution de la dotation de gestion administrative, laissait une large liberté aux caisses. Depuis 1977, sous la pression des pouvoirs publics, une nouvelle procédure a été mise en place. Dès que possible, la caisse nationale devra procéder à un examen a priori des budgets de toutes les caisses. Pour 1977, elle examine sommairement et approuve les budgets de dépenses dont le montant total est voisin de la dotation théorique, soit 5 % en plus. Elle examine de façon approfondie les projets de budgets en déséquilibre, compte tenu des avis des directions régionales, et fait des observations aux caisses en vue de rétablir l'équilibre. Il y a donc établissement d'un contrôle a priori que la C.N.A.F. envisageait avec réticence : "La C.N.A.F. n'a pas pour ambition de jouer un rôle de tuteur à l'égard des organismes mais si on l'y oblige, elle le fera selon son style habituel d'intervention qui, même lorqu'elle doit donner des conseils qui sont presque des consignes, laisse une large part à la concertation et comporte en règle générale des souplesses susceptibles d'éviter les tensions." (34) Ainsi la caisse nationale voit dans cette nouvelle procédure, un moyen de permettre aux caisses locales et à elle-même "de faire face ensemble aux responsabilités qui leur incombent." (35) Il reste néanmoins, que les directions régionales doivent approuver préalablement les budgets établis selon cette procédure. Nous verrons ultérieurement la portée exacte de l'intervention des directions régionales.

B - La Caisse nationale d'assurance vieillesse

Comme nous l'avons déjà dit, la branche vieillesse a une structure particulière puisqu'elle ne comporte en principe qu'une Caisse nationale. Toutefois, à titre provisoire, un décret du 5 avril 1968 (36) a prévu que les caisses régionales d'assurance maladie (autres que celle de Paris et Strasbourg) exercent sous le contrôle de la C.N.A.V. les attributions exercées précédemment en matière de vieillesse par les caisses régionales de sécurité sociale. Le transfert n'a pas encore été effectué et il s'est donc établi des relations entre la C.N.A.V. et les caisses régionales. Sur le plan comptable, la C.N.A.V. centralise l'ensemble des opérations effectuées par elle et les caisses.

- (34) Bull. C.A.F. 1976, nº 1, p. 14
- (35) Bull. C.A.F. 1977, nº 2, p. 20
- (36) Décret 68-328 du 5 avril 1968, précité.

Elle est ainsi amenée à donner des conseils pour faciliter la centralisation dans les comptes nationaux. L'article 31 de l'ordonnance 67-706 avait prévu que la C.N.A.V. pourrait faire appel au concours des caisses régionales et primaires d'assurance maladie pour exécuter certaines missions. Des accords ont été conclus en ce sens, mais sans grande portée.

En fait, en ce qui concerne la gestion du risque, il ne se pose aucun problème. La caisse nationale coordonne et contrôle l'action des caisses régionales mais celles-ci agissent pour le compte de la caisse nationale.

En matière de gestion administrative, nous l'avons vu, la C.N.A.V. prend les décisions en accord avec la C.N.A.M. C'est ainsi que les dotations sont fixées par les deux Caisses nationales. En cas de déficit, la part des dépenses qui incombe au fonds national de la gestion administrative de la C.N.A.V. est également décidée d'un commun accord. Il est à noter que seule la caisse nationale d'assurance maladie fait connaître aux directeurs régionaux, chargés de les approuver, son avis sur les budgets de gestion administrative des caisses régionales, et non la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Ainsi la Cour des Comptes souhaite-t-elle qu'il soit procédé à une répartition du patrimoine des caisses régionales entre les services de l'assurance maladie et ceux de l'assurance vieillesse, ce qui clarifierait la situation sur le plan comptable.(37)

En ce qui concerne l'action sanitaire et sociale, aux termes de l'article 22 du décret du 5 avril 1968, les projets de budget des caisses régionales sont transmis à la C.N.A.V. avec l'avis de la commission régionale d'action sanitaire et sociale. Ils sont également communiqués au directeur régional. La C.N.A.V. peut y apporter toutes modifications et en fixer les conditions d'exécution. Les caisses régionales financent les aides individuelles sur les recommandations de la C.N.A.V. et celle-ci décide des investissements immobiliers sur la base des projets transmis par les caisses régionales.

Ainsi, et comme le note le ministre du Travail : "A l'égard des caisses régionales d'assurance maladie, la caisse nationale d'assurance vieillesse dispose ainsi de moyens d'action bien plus importants que ceux que, pour la branche maladie, la caisse nationale de l'assurance maladie tient de la réglementation en vigueur." (38) La situation est très particulière. Mandataires

- (37) Cour des Comptes, Rapport sur 1974, p. 104
- (38) Réponse du ministre du Travail, Rapport de la Cour des Comptes sur 1974, p. 201.

de la C.N.A.V., les caisses régionales relèvent principalement de la C.N.A.M. ce qui limite son autorité. Il arrive ainsi parfois que la C.N.A.V. se heurte aux conseils d'administrations des caisses régionales, essentiellement en matière d'action sanitaire et sociale. Une conférence nationale annuelle des présidents et directeurs des caisses régionales a été mise en place, qui permet de résoudre ces difficultés.

Mais, comme on peut le voir, le problème des relations C.N.A.V. et C.R.A.M. est très particulier, en raison du fait que seule la C.N.A.V. dirige la branche vieillesse. Il ne se pose donc pas du tout dans les mêmes termes que pour les deux autres branches.

III - La nature du pouvoir des Caisses nationales

Avant 1967 les organismes de sécurité sociale échappaient à tout pouvoir hiérarchisé. La réforme de 1967 avait pour objectif de restituer aux partenaires sociaux, sous le contrôle des pouvoirs publics, des attributions exercées par l'Etat sous le couvert d'une tutelle renforcée au fil des ans. Les caisses nationales devaient assumer la gestion de leur branche et donc pouvoir agir sur les caisses locales. Le problème n'est posé de savoir quelle était la nature exacte du pouvoir qui leur était ainsi confié. On relève en effet des procédés de tutelle tels que la mise en demeure ou la substitution. On trouve en effet par ailleurs des pouvoirs de nature hiérarchique, tels que le pouvoir de prescrire certaines mesures aux caisses locales.

Les textes s'en tiennent au terme de contrôle, exercé par la C.N.A.M. sur les caisses d'assurance maladie et nous avons relevé l'équivoque créée par l'utilisation du même terme pour qualifier le pouvoir exercé par la caisse nationale et le contrôle de l'Etat.

Pour M. DUPEYROUX, la réforme reconnaissait à la C.N.A.M. "une certaine autorité" et des pouvoirs "hiérarchiques ou quasi-hiérarchiques" (39). Pour M. JAMBU-MERLIN, il y avait là "l'institution d'une sorte de pouvoir de tutelle des nouvelles caisses nationales sur la situation financière des caisses régionales et locales" (40). Pour M. JAUSSAUD, inspecteur général des Affaires sociales, à propos des pouvoirs de la C.N.A.M. : "Il semble qu'il y ait là naissance d'un nouveau pouvoir de tutelle qui devra composer avec le pouvoir

- (39) Droit social, 1968, p. 16 ; Droit de la Sécurité sociale, DALLOZ, 1975, p. 626.
- (40) La sécurité sociale, A. COLIN - Collection U, 1970, p. 68.

traditionnel de tutelle administrative..." (41). De même pour M. GETTING "l'ordonnance du 21 août 1967 a donné aux caisses nationales (et en particulier à la caisse nationale d'assurance maladie) des pouvoirs de tutelle sur les caisses locales." (42) La Cour des Comptes y voit l'exercice "d'une coordination sinon d'une tutelle sur les organismes locaux" (43). Enfin M. JEANNENEY lui-même, auteur des ordonnances, voyait dans les pouvoirs des caisses nationales une "tutelle interne" (44).

L'utilisation du terme de tutell- pour qualifier les relations entre les caisses nationales et les caisses locales révèle toute l'ambiguïté de la situation. C'est d'abord un terme qui est mal accepté par les organismes eux-mêmes : "Il choque les responsables des organismes car il évoque une institution très différente, celle du droit civil, dont le but est la protection de l'incapable qui lui est soumis." (45). Il rappelle ensuite la tutelle du droit public c'est-à-dire le contrôle qui est (ou devrait être) exercé sur la Sécurité sociale par l'Etat. Dans ce sens la tutelle a pour rôle de sauvegarder l'intérêt général contre les excès possibles et laisse à celui qui y est soumis une part d'autonomie. C'est le sens du contrôle de l'Etat sur les régimes de Sécurité sociale, tel qu'il est prévu par les textes.

Si ce terme est aussi mal reçu par les organismes de sécurité sociale, c'est qu'il a fini par recouvrir une situation bien proche de celle de "l'incapable". En effet, comme le dit M. DERLIN, président de la C.N.A.M. : "L'autonomie de la Sécurité sociale, voulue par ses fondateurs, avait été celle d'une multitude d'organismes sur lesquels la tutelle exerçait un contrôle si minutieux qu'il tournait à la gestion indirecte. L'ancienne caisse nationale, avec son conseil d'administration composé en grande partie de représentants des pouvoirs publics, ne constituait pratiquement qu'une annexe du ministère. La coordination des caisses entre elles était exercée par leurs deux fédérations, la F.N.O.S.S. et l'U.N.C.A.F., mais, celles-ci, n'assumant pas des responsabilités de gestion des risques, n'avaient pas non plus de pouvoirs de direction ou de contrôle." (46) Ce long extrait montre ainsi ce qu'était le régime général

- (41) Droit social, 1968, p. 29.
- (42) A. GETTING, La sécurité sociale, Que sais-je ? P.U.F. 1973, p. 77.
- (43) Rapport public sur 1974, p. 104.
- (44) Droit social, 1968, p. 16.
- (45) Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales, 1971, cité par M. DERLIN, La C.N.A.M. in R.F.A.S. 1971, p. 106
- (46) M. DERLIN, op. cit. p. 104.

avant la réforme de 1967 et par là même ce que l'on pouvait attendre de celle-ci. C'était un régime sous tutelle, géré et dirigé par les pouvoirs publics. Dans les textes de 1967, seuls les motifs des ordonnances posent un principe clair : les caisses nationales doivent gérer leur branche sous le contrôle de l'Etat. C'est rendre à chacun sa place. Mais l'ensemble des dispositions que nous avons analysées rétablit l'équivoque en parlant de contrôle de la C.N.A.M. sur les caisses locales. Il y aurait ainsi deux contrôleurs. Or, comme le fait remarquer M. DERLIN "Responsable de la gestion de l'ensemble des organismes de sa branche, détentrice des recettes, distributrice des dotations, la caisse nationale est nécessairement amenée à diriger, et son contrôle n'est que celui dont s'accompagne toute direction. On ne peut diriger sans aussi contrôler. La réciproque n'est pas vraie : un contrôle peut être exercé sans assumer de direction." (47) La logique du système veut donc que les caisses nationales assurent la direction de leur branche Les textes leur en donnant en partie les moyens, mais sans aller jusqu'au bout de cette logique.

Si l'on avait voulu modifier réellement la situation du régime général, il aurait fallu préciser clairement que les caisses nationales dirigeaien et géraient leur branche. Il aurait fallu parall-lement rétablir dans ses limites normales le contrôle de l'Etat, la tutelle au sens du droit public qui respecte l'autonomie de l'institution contrôlée.

Or nous avons vu que nombre des moyens mis à la disposition des caisses nationales sont restés lettre morte. Nous verrons que la tutelle de l'Etat ne s'est pas allégée. Comme le disait encore M. DERLIN : "S'il n'y a aucune autorité pour diriger, mais deux pour contrôler, c'est le plus fort des contrôleurs qui dirigera." De fait, le rôle effectivement joué par les caisses nationales n'est plus qu'un rôle complémentaire de celui de l'administration. Les mesures de contrôle ou de "tutelle" prises à l'égard des caisses locales, complètent l'action des pouvoirs publics qui, eux-mêmes contrôlent étroitement les caisses nationales. Nous avons vu que le plus souvent, les décisions sont prises par les pouvoirs publics avec consultation formelle et tardive des caisses nationales. Celles-ci ont perdu les moyens que les textes avaient mis à leur disposition, alors que les pouvoirs publics contrôlent étroitement le fonctionnement du régime à tous les niveaux. "D'un côté gestionnaires ou figurants, de l'autre, contrôleur ou "tuteur", c'est la double alternative. Pour la caisse nationale, être ou ne pas être." M. DERLIN posait la question cruciale. Nous y avons déjà en partie répondu. Seule une étude plus précise du rôle des pouvoirs publics, va nous permettre d'y répondre définitivement.

- (47) M. DERLIN, op. cit. p. 104.

D E U X I E M E P A R T I E

LE CONTROLE DU REGIME GENERAL

Les organismes de sécurité sociale sont "des organismes privés chargés de la gestion d'un service public" d'après les termes mêmes utilisés par le Conseil d'Etat. Ils détiennent ainsi des prérogatives de puissance publique : ils peuvent recourir à l'expropriation, ils imposent des contributions obligatoires, etc... Le transfert de ces pouvoirs à des institutions privées oblige à les soumettre à des règles destinées à en contrôler l'emploi. Il justifie déjà l'institution d'une tutelle sur ces organismes.

Mais il existe d'autres justifications au contrôle par les pouvoirs publics. Les dépenses sociales sont très importantes et dépassent par leur ampleur le budget de l'Etat :

	1972	1973	1974
Dépenses sociales :	196,496	228,053	270,242
Budget de l'Etat :	199,022	225,326	259,582

Source : Rapport sur la Loi de Finances 1976.

En 1976, le régime général représentait 250 milliards de francs de dépenses, à lui seul. Le taux de progression des dépenses est extrêmement rapide : de 1972 à 1975, les dépenses du régime général se sont accrues de 70 % alors que la production intérieure n'augmentait que de 48 % (1). L'importance prise par ces dépenses sociales dans la vie du pays est donc considérable. Comme le fait remarquer l'Inspection générale des affaires sociales dans son rapport de 1971, en la matière, toute carence des autorités administratives pourrait se traduire non seulement par un fonctionnement défectueux des services mais encore et surtout par un gaspillage ou un mauvais emploi des fonds qui ne peuvent être tolérés.

De plus, l'action sociale est le domaine où la notion d'Etat-providence prend tout son sens. L'Etat a le droit et le devoir d'intervenir dans le domaine social. La Sécurité sociale fait ainsi partie d'un ensemble plus vaste, la politique sociale, dont l'Etat ne peut se désintéresser. Même si, dans le domaine social, les considérations d'ordre financier ou économique doivent céder le pas, il n'en reste pas moins qu'elles ne peuvent être ignorées.

(1) Le budget de la Sécurité sociale est en augmentation de 24 % de 1977 sur 1978 ; le budget général de l'Etat n'augmentant que de 12,47 %.

L'intervention des pouvoirs publics est donc pleinement justifiée dans son principe mais le problème est bien plutôt d'en définir la portée. Jusqu'où cette intervention doit-elle aller ? Tel est le difficile problème que pose le contrôle de la Sécurité sociale.

Sur le plan théorique, le problème reste assez aisé à poser. Le caractère privé des institutions sociales doit limiter l'intervention étatique. Si la tutelle est justifiée, elle doit néanmoins respecter une marge d'autonomie. Comme le disait M. JEANNENEY, à propos de la réforme de 1967 : "Il n'y a pas de responsabilités s'il n'y a pas une marge bien claire et bien définie d'autonomie" (2). L'Inspection générale des affaires sociales, dans son rapport précité, posait en principe : "A l'Etat les orientations et le contrôle, aux organismes la gestion courante."

Les textes de 1945, en créant le régime général de Sécurité sociale, avaient affirmé son autonomie. Les caisses étaient gérées par les représentants élus des bénéficiaires, les salariés. Les conseils d'administration ne subissaient aucun pouvoir hiérarchique dans l'exercice de leurs compétences : administration de l'organisme, relations avec le corps médical. Cette autonomie de principe était compensée par la tutelle de l'Etat.

En fait les compétences des conseils étaient réduites. Cotisations et prestations étant définies au niveau gouvernemental, les caisses n'avaient guère d'autonomie financière. Le système présentait ce que M. DUPEYROUX appelle "un vice congénital". Dans les faits, la responsabilité de l'équilibre financier du régime général appartenait aux pouvoirs publics. L'article L 171 du Code de sécurité sociale permettait aux autorités de tutelle d'annuler "les décisions de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse." Le Conseil d'Etat avait même élargi la notion en reconnaissant aux autorités de tutelle le pouvoir d'annuler les décisions de nature à compromettre l'équilibre financier du régime (3). Cette très large responsabilité amena les pouvoirs publics à alourdir progressivement la tutelle. Ils devinrent ainsi en réalité les véritables gestionnaires du régime général. Cette confusion des responsabilités entraîna une exaspération toujours croissante des conseils d'administration placés sous une surveillance constante et tatillonne.

- (2) Le Monde, 24.12.1968.
- (3) C.E. 8.01.1954, ROMMEL, Droit Social, 1954, p. 246, concl. LETOURNEUR.

C'est pourquoi nous avons déjà noté que le terme même de tutelle choquait les responsables des organismes en rappelant cette institution, a priori très différente, du droit civil dont le but est la protection de l'incapable. Cette tutelle a été subie avec réticence par les organismes du régime général alors qu'elle était appliquée avec une grande souplesse dans les autres régimes de sécurité sociale. Ce n'est pas en effet le moindre paradoxe de la situation, que le fait que le régime général qui comble une partie du déficit des régimes spéciaux était soumis à un contrôle très strict alors que ces régimes, qui bénéficient de ces transferts, jouissaient d'une large autonomie. La tutelle administrative doit avoir pour but, beaucoup moins la protection des organismes et de leurs intérêts que la sauvegarde de l'intérêt général contre les excès et d'éviter que les caisses outrepassent leurs compétences.

Telle était la situation avant 1967. Née de la volonté de sortir de cette confusion et des équivoques, de définir clairement les responsabilités devant un déficit croissant de façon considérable, la réforme de 1967 prétendait effectuer un choix. Deux directions étaient concevables : l'étatisation ou renforcer les responsabilités des représentants des intéressés. C'est la deuxième solution qui a été choisie. Le rapport précédant les ordonnances précise bien que "Chacune des trois Caisses nationales devra équilibrer ses dépenses et ses recettes en prenant toutes mesures appropriées sous le contrôle de l'Etat." L'ensemble des dispositions de la réforme imposait de modifier les conditions d'exercice de la tutelle. Malgré certaines modifications, le problème du partage des attributions entre les ministres de tutelle et les caisses nationales n'a pas été résolu dans ce sens : "Quant à la réforme de 1967, elle a surtout renforcé l'autorité de l'Etat sur les caisses par l'intermédiaire d'une sorte de tutelle des nouvelles caisses nationales sur la situation financière des caisses régionales et locales." (4)

Ainsi les organismes du régime général sont soumis à une multiplicité de contrôles financiers. Parmi ceux-ci, la tutelle a priori occupe une place prépondérante qui fait des pouvoirs publics les gestionnaires du régime général. Au nom de la conception selon laquelle les cotisations sont des fonds à caractère public, les caisses nationales des établissements publics, et les caisses locales des organismes chargés de gérer un service public, la tutelle est restée très lourde. Son étude implique une analyse historique préalable qui permettra seule d'en bien comprendre la portée. Nous verrons ensuite, qu'à côté de cette tutelle a priori, les organismes de sécurité sociale subissent un ensemble de contrôles financiers très complet.

- (4) JAMOU-MERLIN, La sécurité sociale, précité, p. 22.

C H A P I T R E 1

L'EVOLUTION DES CONTROLES DE LA SECURITE SOCIALE

En 1945, le plan français de sécurité sociale représentait "le terrain privilégié de l'idée de démocratie sociale." (1) Les travailleurs prenaient en main l'administration de leur sécurité sociale. Le deuxième principe fondamental, était la solidarité nationale : chacun devant supporter une fraction de la charge proportionnelle à ses possibilités.

Le projet voulait réaliser une organisation assez simplifiée, avec des caisses territoriales à compétence générale. En fait, le régime institué comportait une pyramide de caisses : caisses primaires de sécurité sociale, caisses régionales, caisses d'allocations familiales, le tout coiffé par la Caisse nationale de Sécurité Sociale.

Le fonctionnement du système reposait sur une distinction essentielle entre la gestion et le contrôle. La gestion était incontestablement démocratique. Les caisses locales, administrées par un conseil d'administration élu, jouissaient d'une autonomie et d'une responsabilité presque totales. La caisse nationale n'exerçait qu'un vague droit de regard et jouait essentiellement un rôle de trésorerie. Les différents fonds qu'elle gérait n'étaient pas, en fait, distincts sur le plan de la trésorerie.

- (1) J.J. DUPEYROUX - Le Monde - 01/02/1973.

Dans le cadre de leurs compétences propres, ces caisses n'étaient soumises à aucun pouvoir hièrarchique. Elles devaient bien sûr respecter les règles de base : lois et règlements.

Seule limite véritable, un droit de veto ministériel, prévu par l'article 25-4 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui deviendra l'article L 171 du code de sécurité sociale. A ce moment, seul le ministre avait droit d'annulation, le directeur régional ne pouvait que suspendre la décision et la transmettre avec son rapport. L'éloignement atténuait la rigueur de la censure et le ministre était d'autre part dans l'obligation de décider et de notifier sa décision dans le mois suivant la suspension. Seules en principe, les décisions de caractère collectif en étaient passibles.

Les ordonnances de 1945 établissent donc une gestion décentralisée, démocratique et libérale sous simple contrôle de l'Etat, les pouvoirs publics pouvant annuler les décisions mettant en danger l'équilibre financier ou illégales.

De 1945 à 1967, l'évolution va amener une complexité croissante du système général avec renforcement considérable de la tutelle des pouvoirs publics.

La complexité a été maintes fois dénoncée (2) : "On n'a jamais pris que des mesures partielles ou bâti in abstracto des systèmes nouveaux qui venaient se greffer comme un corps étranger sur l'ordre juridique existant."

"Atteignant un degré de complexité qui rebute même les spécialistes... les textes actuels (on en a dénombré environ 27 000) sont le reflet des particularismes de chacun des régimes".(3)

"Malheureusement, ces régimes, par la coordination qu'ils nécessitaient, se révélèrent d'une extrême complexité et nous nous trouvons bien loin du système cohérent et simple que désirait mettre en place le législateur de 1945". (4)

- (2) Cf. MOITRIER - La complexité comme mode de gestion de la sécurité sociale. Droit social - 1971. p. 355.
- (3) Rapport C.E.S. Dt Social Mars 1975, p. 193.
- (4) J. BING - Vingt cinquième anniversaire - Q.S.S. 1970. p. 236

La généralisation de la sécurité sociale supposait en fait que la redistribution des revenus soit la manifestation d'une solidarité nationale. Les particularismes socio-professionnels, partiellement réduits au silence par la guerre et les difficultés économiques ont ressurgi avec l'amélioration des conditions de vie. Prenant en considération leurs intérêts à l'intérieur de ces groupes, les catégories sociales furent portées à construire le régime de protection le plus adapté à leurs besoins.

Déjà l'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 consacrait, outre la survie provisoire de certains régimes spéciaux, la survie définitive du régime agricole. L'article 61 du décret du 8 juin 1946 reprenait les régimes dont l'autonomie serait maintenue en application de cet article 17, mais sans affirmer leur caractère provisoire : citons par exemple les entreprises minières ou assimilées, la S.N.C.F., Banque de France et Opéra. L'unification souhaitée cédait devant les particularismes de professions refusant leur intégration dans le régime général. Ainsi une loi du 17 janvier 1948 créait des régimes d'assurance vieillesse propres à certaines catégories de non salariés : professions industrielles et commerciales, artisanales, libérales et plus tard agricoles.

Ainsi à la fin de la IV° République, le système de sécurité sociale présente l'aspect d'une "mosaïque complexe"(5). Les agriculteurs, les professions indépendantes et ainsi que certaines catégories de salariés ont refusé leur intégration dans le régime général. Ces régimes sont autonomes et placés sous la tutelle de ministères divers.

Le mouvement se perpétue ensuite avec l'institution d'une assurance maladie, maternité invalidité pour les exploitants agricoles, le 21 janvier 1961, puis de l'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, le 22 décembre 1966. La loi du 12 juillet 1966 crée l'assurance maladie-maternité pour les professions non salariées autres qu'agricoles.

Complexité dûe au nombre de régimes légaux et complémentaires mais dûe également, et peut-être essentiellement, à la règlementation. 25 000 textes en 25 ans, 30 000 en 30 ans, le nombre très important de textes règle-

- (5) DUPEYROUX - Droit de la Sécurité sociale, précité, p. 270.

mentant la sécurité sociale va de pair avec, souvent, leur manque de précision et de logique. Les commentateurs sont unanimes à dénoncer cette complexité et ses conséquences fâcheuses. C'est l'occasion d'une recherche de vocabulaire particulièrement riche et intéressante. Ainsi le rapport BOUTBIEN (6) dénonce "le langage ésotérique de la sécurité sociale." Pour lui, "la pénétration dans le maquis de l'assurance vieillesse est une aventure tout aussi redoutable." Mais "c'est sans contredit dans le domaine des prestations familiales que l'écheveau des textes est le plus inextricable." Il relève maints exemples de "dispositions aberrantes."

Pour M. DUPEYROUX la sécurité sociale évoque "un habit d'arlequin, sans cesse rapiécé" (7). Pour M. GOMEZ : "La famille moyenne, la famille normale n'est pas organisée pour affronter cette muraille de Chine nouvelle manière et d'autant plus redoutable qu'elle est faite de papier." (8) Pour M. DUPEYROUX encore : "Eberlué, le public voudrait comprendre. Mais il n'y a justement rien à comprendre. Sinon que la complexité vertigineuse atteinte par notre système de sécurité sociale (plus de vingt cinq mille textes depuis 1945) est maintenant signe de dégénérescence." (9)

Enfin pour M. MOITRIER : "Le système est d'une complexité et d'un juridisme aberrants dont administration et jurisprudence portent la responsabilité. Tout concourt à la définition de règles précises, de formalités à observer, de conditions à remplir : malheur alors au marginal, à celui qui ne peut avoir une activité régulière, à l'étranger qui manie mal la langue, et même à l'assuré de base qu'effarent et rebutent les démarches et les obstacles qu'il rencontre." (10)

Les causes de cette complexité, dont on peut facilement trouver témoignage dans le code de sécurité sociale sont multiples : "Le Parlement, l'administration, les organismes et les bénéficiaires se sont alliés pour règlementer ou obtenir une règlementation par le menu."(11)

- (6) Rapport C.E.S. Droit social, Mars 1975, p. 193.
- (7) DUPEYROUX, Droit de la sécurité sociale, 1975, p. 297.
- (8) GOMEZ, Les prestations familiales et la famille française, Bull C.A.F. 1976, 9, p.22.
- (9) J.J. DUPEYROUX, Le Monde, 20 septembre 1972.
- (10) J. MOITRIER, Sécurité sociale et distribution des soins. Dt Soc. Mars 1975. p. 169.
- (11) voir MOITRIER. La complexité comme mode de gestion de la S.S. précité.

M. MOITRIER met ainsi au premier rang des auteurs de cette situation, le Parlement "responsable collectif de la politique sociale (...) tout se passe comme si, en la matière, cette assemblée n'était que la somme d'irresponsabilités individuelles." En fait les débats parlementaires reflètent typiquement la prise en compte des interventions des groupes de pression et des intérêts individuels, s'exprimant par les amendements qui dénaturent les projets. Ainsi de l'extension de l'assurance maladie aux exploitants agricoles devenue "système de gestion par une pluralité d'assureurs, qui allie l'absurdité au gaspillage financier dans la gestion." (12)

Mais c'est l'administration qui est la principale responsable de cette complexité. Au stade de la conception tout d'abord. Les trois textes fondamentaux de 1945, 1960 et 1967 relèvent d'optiques différentes. Décentralisation et libéralisme en 1945, gestion et contrôle relevant du droit public financier en 1960, gestion concentrée, théoriquement autonome mais également peu démocratique en 1967. Or les trois textes se sont finalement surajoutés et l'on a très mal réglé les contradictions et les problèmes de frontière. Nombre de dispositions se concilient mal, ou sont très imprécises.

Ainsi la réforme de 1967 partait du principe d'un transfert de compétence au profit des caisses nationales. Il fallait donc redéfinir le partage des responsabilités entre l'Etat et les caisses, entre la gestion et la tutelle. Nous avons déjà dit que la loi de 1968 entretenait l'équivoque en confiant à la C.N.A.M. une fonction de contrôle, identique à celle de l'Etat. Il en ressort, outre l'instauration d'un contrôle supplémentaire des caisses nationales sur les caisses locales, des contradictions qui rendent perplexes les administrateurs des organismes. Il a fallu attendre 1971 pour que soit réformé l'article L 171 du code de la sécurité sociale et décembre 1973 pour qu'en paraissent les décrets d'application.

Les décrets d'application sont encore un moyen de compliquer la situation. Certains sont parus avec retard, consacrant par exemple une pratique déjà suivie depuis 1967 (13). D'autres n'ont pas été pris, paralysant la mise en application de dispositions fondamentales tels l'article 22 sur les pouvoirs des caisses nationales ou encore le transfert des attributions des caisses régionales à la C.N.A.V.

- (12) MOITRIER, ibid.
- (13) Programme d'action sanitaire et sociale de la C.N.A.V. fixé en 1973.

Un exemple significatif peut être trouvé dans les procédures de définition et d'attribution des dotations aux caisses. Les arrêtés fixant ces dotations paraissent régulièrement 6 à 8 mois après le début de l'exercice.(14) Sans même citer l'énorme degré de complexité de certaines des formules paramétriques utilisées pendant un certain temps.(15)

Les caisses nationales sont amenées, à l'aide de circulaires, à interpréter des textes imprécis et peu clairs, alors que cette fonction ne rentre pas normalement dans leurs attributions.

Il en reste aussi une impression d'incertitude, sinon d'incohérence profonde. On ne peut discerner une ligne politique générale et assurée.(16) En règle générale, les pouvoirs publics répondent par des mesures ponctuelles aux problèmes ou aux revendications de l'instant, au mépris de la cohérence globale de l'ensemble. "Cet habit d'arlequin, sans cesse modifié, rapiécé, réajusté en fonction de la vivacité des cris ou de l'efficacité politique des influences a largement perdu, d'année en année, sa signification profonde" constate M. DUPEYROUX (17). Celui-ci, paraphrasant COCTEAU, note que "la politique de l'Etat évoque plutôt, depuis 1945, le bouchon sur le torrent", ou : "Puisque les évènements nous dépassent, feignons de les organiser." (18)

La moindre des conséquences n'en est pas l'incompréhension et le désintérêt des français (19). Ainsi, de replâtrage en replâtrage, le système de sécurité sociale atteint une énorme complexité et sa coordination est par là même très difficile.

- (14) Ex. pour 1975 : Août 1976.
- (15) Cf. page 135 s.
- (16) Significative apparaît la place accordée à la sécurité sociale dans les structures gouvernementales. Cf. plus loin p. 191.
- (17) Droit de la sécurité sociale, précité, p. 297.
- (18) Le Monde, 10 novembre 1970
- (19) J. BORDELOUP, La désaffection croissante à l'égard de la sécurité sociale et ses conséquences, Dr Soc. mars 1975, p. 15

Second trait fondamental de l'évolution, la tutelle et les contrôles sur la sécurité sociale ont été progressivement considérablement renforcés. Du moins sur le régime général, car nous avons déjà noté le paradoxe d'une situation voulant que les régimes spéciaux, souvent déficitaires jouissent d'une grande autonomie, alors que le régime général qui comble une partie de leur déficit est soumis à un contrôle très strict.

L'évolution débuta avec le vote de la loi du 17 août 1948 permettant au gouvernement de renforcer par décret le contrôle de l'institution. Peu à peu seront mises en place de nouvelles contraintes de gestion et renforcés les pouvoirs du directeur régional de la sécurité sociale. Multiplication des contrôles externes et internes.

La loi du 31 décembre 1949 met en place le contrôle de la sécurité sociale par la Cour des Comptes. Puis la loi du 22 août 1950 rend obligatoire la nomination d'un directeur et d'un agent comptable soumis à l'agrément ministériel (art. L 173 code sécurité sociale) et impose un budget limitatif aux caisses dont les finances sont déficitaires pendant plus d'un an (art. L 171 code de la sécurité sociale). Le ministre approuve le budget et peut même fixer les dépenses d'office. Cette loi instaure donc un droit de contrôle sur les agents de direction et un droit de regard sur la gestion financière des caisses.

Puis deux décrets du 20 janvier 1955 donnent au directeur régional un droit de substitution. Il peut inscrire d'office une dépense obligatoire du budget d'un organisme en cas de carence du conseil d'administration. Ils imposent également une série de procédures en matière de recouvrement des cotisations.

Les décrets du 17 janvier 1958 transfèrent de nombreux pouvoirs au directeur régional. Mais également, ils rendent passibles d'annulation les décisions à caractère individuel (art. L 171- alinéa 2). Le délai de décision du ministre court dorénavant du jour où il a reçu communication du dossier aux fins d'annulation (et non plus de la date de la notification de la suspension par le directeur régional à l'organisme). La pratique a d'ailleurs encore allongé le délai puisqu'il fut admis qu'il ne courait qu'à dater du jour où c'était le bureau compétent du ministère qui était saisi puis, par une jurisprudence libérale du Conseil d'Etat, il fut admis que la date finale à prendre en considération était celle où le ministre avait signé la décision et non celle ou l'organisme en avait reçu notification.

Les décrets du 7 janvier 1959 généralisaient la gestion budgétaire en créant les divers budgets que l'organisme devait établir et présenter pour approbation à l'autorité de tutelle, occasion d'étendre le jeu de l'inopportunité financière comme motif d'annulation. Le décret du 30 juin 1959 définit les opérations financières et comptables exécutées par les directeurs et les agents comptables des organismes de sécurité sociale.

Les caisses sont ainsi soumises à des règles proches de celles de la comptabilité publique.

Parallèlement se sont multipliées les interventions internes qui altéraient la distinction originelle entre gestion et contrôle. En 1960 (décret du 12 mai) le gouvernement de M. Debré donne une structure bicéphale aux caisses. Il met en place un véritable statut, évoquant un statut de fonction publique, du personnel de direction, formé par le nouveau Centre d'études supérieures de la sécurité sociale, nommé après inscription sur une liste nationale d'aptitude, avec l'agrément des autorités de tutelle. Ces dispositions font penser à un lien de nature hiérarchique entre l'autorité et le gestionnaire.

D'autre part, des responsabilités importantes sont enlevées aux conseils d'administration et confiés aux directeurs (20) : ils ont seuls, autorité sur le personnel, ils préparent les projets de budget et les états évaluatifs, ils sont les ordonnateurs de dépenses et recettes, ils reçoivent enfin certaines attributions particulières comme les remises de majoration de retard. Et l'article 11 du même décret (ainsi que le décret du 11 janvier 1961) rend applicables les dispositions de l'article L 171 et du décret du 30 juillet 1960 aux décisions du directeur.

Dans le même sens, le trésorier-payeur-général devient membre des comités de gestion des unions de recouvrement, par décret du 31 mars 1961. Le décret du 5 janvier 1963 modifie le mode de désignation des "personnes qualifiées" membres des conseils d'administration, nommées par le ministre chargé de la Sécurité sociale après avis du conseil d'administration.

Enfin, un mouvement de déconcentration s'est développé depuis 1964. Des pouvoirs propres ont été confiés aux directeurs régionaux. Mouvement essentiellement dû à l'encombrement des bureaux de l'administration centrale

- (20) Article 14. Décret du 12 mai 1960.

par les dossiers venus de province. Mais il a eu pour principal effet de rapprocher la tutelle des organismes et d'en accroître la rigueur, sans omettre l'apparition de risques d'inégalités entre les régions.

Dans ce sens, nous avons déjà cité le droit de substitution accordé au directeur régional par le décret du 20 janvier 1955. Puis le décret du 17 janvier 1958, inscrit dans l'article L 171 le droit pour le directeur régional d'annuler les décisions individuelles illégales dans le délai de 8 jours. Il peut néanmoins toujours les suspendre et les transmettre au ministre.

Le décret du 30 juillet 1959 étend ce pouvoir aux deux motifs d'illégalité et d'inopportunité financière. Le décret du 11 janvier 1961 porte à 1 et 2 mois les délais de suspension et d'annulation des budgets de l'organisme.

Ainsi l'histoire de la Sécurité sociale jusqu'en 1967 n'est que celle de la suppression progressive et systématique de l'autonomie des caisses (21). Disposant d'un ensemble de textes complet et important, qu'elle a appliqué extensivement, l'administration est devenue en fait la véritable gestionnaire du système.

L'étude à cet égard de l'application faite de l'article L 171 est très significative (22). Cet article dispose que les décisions des conseils d'administration ou des commissions qui en émanent sont communiquées immédiatement au directeur régional. Dans sa rédaction initiale, le directeur régional pouvait les approuver ou, si elles lui paraissaient contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse, en suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre saisi aux fins d'annulation. Le directeur régional disposait de 8 jours pour faire connaître sa décision. Depuis 1959, nous l'avons vu, le directeur régional pouvait lui-même annuler les décisions à caractère individuel dans les huit jours.

- (21) Cf. JAMBU-MERLIN, op. cit. p. 64 :
"Pendant plus de vingt ans, l'administration avec une parfaite constance dans l'action a rogné cette indépendance, jusqu'à n'en plus laisser apparaître que des lambeaux assez détériorés."
- (22) Cf. L'étude détaillée qui en est faite par J. MOITRIER. La tutelle sur les organismes de sécurité sociale, précité.

Ce système suppose donc que toutes les décisions soient examinées. Or, le nombre des commissions peut être très important par organisme (23). Ainsi une direction régionale reçut-elle en 1963, 1335 procès-verbaux et examina-t-elle plus de 52 000 décisions (24). Toutes décisions de nature différente. Décisions ordinaires où l'organisme comme la direction régionale avait compétence liée, soumises à un tricot contrôle de légalité. Mais contrôle pratiquement impossible : "Comment apprécier la légalité de décisions dans une liste de 50, 80 ou 100 assurés à qui l'on vient d'attribuer le bénéfice de la longue maladie ou une pension d'invalidité ? ". Contrôle difficile, presque impossible mais nécessitant un travail considérable, une masse de documents à lire et du personnel qualifié mobilisé. Ensemble hors de proportion avec le résultat.

Une seconde catégorie de décisions reste encore du domaine de la légalité mais laisse place à une certaine marge d'appréciation par le conseil d'administration ou la commission de recours gracieux, celle-ci pouvant atténuer la rigueur de la loi. L'exemple cité par M. MOITRIER est intéressant : "le remboursement de produits pharmaceutiques en l'absence de vignettes. Ce ballet était bien réglé avec la réception périodique à la direction régionale d'un procès-verbal contenant automatiquement son lot de 10, 20 ou 50 décisions illégales de remboursement de ce genre et avec le renvoi à la caisse des 10, 20 ou 50 annulations correspondantes (on s'avisa plus tard qu'un seul veto visant toutes les décisions était plus pratique, ce qui d'ailleurs était à la limite de la légalité, car la décision visée perdait alors son caractère individuel)." (25)

Dernière catégorie de décisions, celles qui concernent les pouvoirs propres du conseil d'administration qui "règle par ses délibérations les affaires de l'organisme" (26). Décisions de pure opportunité financière concernant la politique immobilière, emplois, budgets, matériels etc... Dépourvues de toute norme de gestion susceptible de les guider dans leur action, les directions régionales se sont faits les censeurs systématiques des organismes. Par crainte des conséquences d'une concession sur l'ensemble de l'institution, elles ont utilisé discrétionnairement et impitoyablement le motif d'opportunité financière. Toutes les décisions ont d'une façon ou d'une autre, une conséquence financière et peuvent donc, à la limite, être de nature à compromettre l'équilibre financier

- (23) M. MOITRIER fait remarquer qu'il est possible que certaines caisses aient pris "un secret plaisir" à les multiplier pour accumuler les documents soumis." op. cit.
- (24) Cf. MOITRIER, op. cit.
- (25) J. MOITRIER, op. cit.
- (26) Art. 9, décret 12 mai 1960, précité.

de l'organisme. On pense inévitablement à établir un parallèle avec l'article 40 de la Constitution de 1958 qui peut permettre et a permis au gouvernement de refuser n'importe quel projet de loi qui risquerait d'augmenter les charges publiques.

Les conseils d'administration ne pouvaient ainsi prendre nulle décision qui ne fut contrôlée voire annulée par l'autorité de tutelle "Ne pouvant plus embaucher une dactylo ou remplacer un carreau sans encourir ses foudres..."(27).

Les conséquences inévitables de cette hypertrophie de la tutelle résidaient tout d'abord dans la confusion totale entre gestion et contrôle. C'est l'administration qui est devenue la véritable gestionnaire du système. L'idée même que le système était géré par un service privé, responsable et autonome, fut vidée de toute signification. Seuls responsables grâce à l'article L 171 de l'équilibre de l'ensemble de l'institution, les pouvoirs publics furent amenés de façon pratiquement inévitable à multiplier les vetos. D'où l'irresponsabilité générale et l'exaspération permanente et croissante des conseils d'administration, traités comme des incapables majeurs. On en revenait à la tutelle au sens du droit civil, protection de l'incapable. Il n'y eut pratiquement pas de concertation possible entre conseil d'administration et tutelle. Dans l'ensemble les conseils d'administration ont pu adopter trois attitudes. D'abord, continuer à dire non, leur projet ayant été annulé, ils ont pu refuser l'alternative offerte officieusement par la direction régionale. Chacun restant ainsi sur ses positions. En second lieu, ils pouvaient se livrer à la surenchère démagogique, décidant n'importe quoi. Sans danger puisque l'annulation était pratiquement automatique mais utile comme justification auprès des assurés et des syndicats. Enfin, certains membres ont pu faire jouer leurs relations personnelles pour obtenir ce qu'ils ne pouvaient avoir par la voie normale.

Irresponsabilité ensuite de l'agent de direction, pris entre trois contrôles. Celui du conseil d'administration qui l'a nommé, de la direction régionale qui l'agrée et le surveille, de l'inspection générale qui la note.

Irresponsabilité enfin des directions régionales, privées de toutes consignes et de toutes normes de gestion. Elles ne pouvaient qu'annuler pour parer à toute éventualité ou transmettre au ministre "pour ouvrir le parapluie." Ayant pour seule responsabilité le risque de laisser passer quelque chose d'important, ils l'ont évité en censurant.

- (27) J.J. DUPEYROUX, Le Monde, 1 février 1973.

Enfin il faut bien noter que ce résultat était obtenu au prix d'un travail considérable. L'examen des procès-verbaux et des décisions, des budgets exigeait un personnel important (entre la moitié et les deux tiers du personnel qualifié des services environ)(28). Il mobilisait donc une grande quantité d'énergie pour un résultat assez négatif et disproportionné.

A la veille de 1967 la situation était donc confuse dans le système de Sécurité sociale. Aux conseils d'administration responsables à l'origine du fonctionnement de l'institution, s'était substitué l'Etat par le moyen d'un contrôle strict a priori (29). L'abus de ce contrôle a priori a aboli la distinction initiale entre gestion et tutelle. Le régime général de sécurité sociale était donc de fait étatisé. (30) S'il est normal que l'on recherche une contrepartie à l'autonomie dans l'institution d'une tutelle, l'autonomie suppose un respect des compétences de l'institution. Quelle était la sphère de compétence des organismes de sécurité sociale en 1967 ? Pratiquement inexistante puisque toute décision, quelle qu'elle soit, avait des incidences financières et que l'administration était la seule responsable de l'équilibre financier du système. Aucune disposition n'avait prévu, en effet, que la Caisse nationale de sécurité sociale devait maintenir l'équilibre des fonds gérés.

Confusion de fait et de droit dans la gestion des organismes mais aussi confusion dans l'organisation du fait de la complexité du système.

Enfin, jusqu'en 1967, la confusion existait entre les différents risques puisque l'assurance maladie, déficitaire, bénéficiait des excédents dégagés par les prestations familiales.

Il fallait mettre fin à cette confusion à tous niveaux. Ou bien étatiser la sécurité sociale et rendre à l'Etat les responsabilités qu'il exerçait déjà dans les faits ou bien, revenir à l'idée originelle et rendre aux conseils d'administration leurs pouvoirs et leurs responsabilités. C'est la deuxième voie qui a été choisie. Mais il est bien clair et évident que le choix

- (28) Cf. J. MOITRIER; op. cit.
- (29) "Nos administrations centrales, toujours en proie à une soif pathologique d'hégémonie curieusement baptisée "sens de l'Etat", ne peuvent supporter que quoi que ce soit se fasse sans elles." J.J. DUPEYROUX. Le Monde, 1er février 1973.
- (30) "L'autonomie de la sécurité sociale, voulue par ses fondateurs, avait été celle d'une multitude d'organismes sur lesquels la tutelle exerçait un contrôle si minutieux qu'il tournait à la gestion indirecte. L'ancienne caisse nationale, aux conseils d'administration composés en grande partie de représentants des pouvoirs publics, ne constituait pratiquement qu'une annexe du ministère." M. DERLIN. Avril 1971, p. 104.

devait être précis. Si on confiait aux conseils d'administration la responsabilité de l'équilibre financier de la sécurité sociale, cette responsabilité devait être retirée aux pouvoirs publics. Il fallait revoir fondamentalement le rôle et les méthodes de la tutelle. Il fallait redéfinir les rôles respectifs.

Les ordonnances introduisaient un esprit nouveau. Il était nécessaire de rendre à la tutelle son rôle normal de contrôle de légalité dans le respect de l'indépendance des organismes qui lui étaient soumis : "l'autorité de tutelle doit faire respecter le droit mais laisser aux conseils d'administration le maximum de responsabilités dans le domaine de leur compétence." (31)

Il fallait donc alléger la tutelle. Il fallait, en fait, d'une façon générale, définir dès 1967 une politique cohérente ce qui supposait un certain nombre de conditions :

- Cela supposait une harmonisation et une cohésion nécessaires au niveau des autorités de tutelle ;
- Cela supposait un allègement de la tutelle dans le respect des principes de l'ordonnance de 1967 ;
- Cela supposait une définition précise des rôles respectifs des caisses nationales, désormais investies de larges responsabilités, et de l'Etat. Toutes conditions dont il faut bien dire qu'elles n'ont pas été particulièrement remplies. Il n'est que de voir la place incertaine occupée par la Sécurité sociale au sein des pouvoirs publics.

- (31) Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 1971.

CHAPITRE 2

LA COMPETENCE GOUVERNEMENTALE EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE

Deux constatations s'imposent dès l'abord. La physionomie actuelle de la sécurité sociale résulte d'une intervention essentiellement gouvernementale. A cet égard la Constitution de 1958 a considérablement accru la compétence règlementaire au détriment de la compétence législative. De droit comme de fait, la compétence de principe est la compétence gouvernementale. L'action de celui-ci a été positive et négative : positive par l'intervention de nombreux textes règlementaires, négative par une abstention dans la prise des textes d'application ou une méconnaissance des règles particulièrement importantes.

Mais parallèlement, et ce depuis 1945 d'ailleurs, il est frappant de constater les avatars de la sécurité sociale dans les structures gouvernementales. Le titulaire, voire les titulaires, des responsabilités fondamentales change fréquemment. Ce n'est pas sans soulever un certain nombre d'interrogations.

Ce sont ces deux points qu'il nous faudra examiner successivement.

Section 1 - Dessaisissement du Parlement

Il s'agit là d'une question vaste qui déborde l'aspect strictement financier du problème, mais dont l'importance mérite d'être soulignée. En effet, si le droit de la sécurité sociale a atteint cette excessive complexité c'est qu'il a fini par être un droit d'origine essentiellement administrative. Nous avons pu déjà souligner à diverses reprises l'influence néfaste des multiples décrets ou arrêtés, comme de l'absence de textes d'application qui paralyse diverses dispositions fondamentales. Nous avons vu ainsi que nombre des importantes dispositions de la réforme de 1967 sont restées lettre morte, faute de décrets d'application. La Sécurité sociale est une des terres d'élection de l'inertie administrative, une des matières dans lesquelles on relève le plus de retards dans la prise des textes d'application, et même le plus de textes inappliqués. (1)

Jusqu'en 1958, il n'existait pas de distinction matérielle entre la loi et le règlement. Le gouvernement n'intervenait que pour appliquer les textes législatifs. En fait, dès l'origine, la compétence gouvernementale fut très large. Le plan français de sécurité sociale fut mis en place par ordonnances du gouvernement provisoire du Général de GAULLE (2). Celles-ci fixèrent un cadre destiné à être précisé et complété : "Des ordonnances ultérieures procèderont à l'harmonisation des dites législations et pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la sécurité sociale." (3)

Des lois nombreuses précisèrent et organisèrent le système (4). Les textes d'application, très nombreux s'échelonnèrent de 1945 à la fin de 1946. Puis le système a été sans cesse complété et modifié jusqu'en 1958, sans que la

- (1) Un des meilleurs exemples en est constitué par l'inapplication et donc la violation des dispositions relatives à la trésorerie de la sécurité sociale. Cf. ci-dessus, p. 98.
- (2) Ordonnances du 4 octobre, 19 octobre 1945 et 2 février 1946.
- (3) Art. 1, al. 3, Ordonnance 4 octobre 1945.
- (4) Par ex.: lois du 22 août, 22 mai, 13 septembre et 30 octobre 1946, loi du 17 janvier 1948.

cohérence de l'ensemble soit toujours la préoccupation majeure. Le pouvoir réglementaire fut souvent habilité par le Parlement à intervenir par décret-loi. Par exemple, loi de pleins pouvoirs de 1954, qui donnait au gouvernement la possibilité de créer par décret un fonds national vieillesse. (5)

Avec la Constitution de 1958 et la mise en place de la Cinquième République, un ensemble de réformes fut entrepris : "Suivant une tradition établie depuis les décrets des 28 et 30 octobre 1935, reprise par les ordonnances de 1945 et affirmée par la suite encore en août 1967, le Parlement ne sera pas appelé à se prononcer sur les réformes." (6) C'est le gouvernement qui agira en vertu d'une part de l'article 34 de la Constitution et d'autre part d'une délégation très large inscrite dans l'ordonnance du 30 décembre 1959 portant loi de finances pour 1959.

Aux termes de l'article 34 de la Constitution en effet, le Parlement n'a plus compétence que pour les principes fondamentaux de la sécurité sociale : "La loi détermine les principes fondamentaux (...) du droit du travail, du droit syndical et de la sécurité sociale." Le Conseil Constitutionnel et le Conseil d'Etat ont été amenés fréquemment à se prononcer et préciser la distinction entre les principes fondamentaux relevant du seul législateur et leur aménagement technique relevant alors du gouvernement. (7)

Sur le plan plus proprement financier, retenons que le Conseil Constitutionnel a reconnu comme étant de la compétence législative : la détermination des catégories de bénéficiaires de prestations, la fixation des catégories de personnes assujetties aux cotisations, la détermination des catégories de prestations, le principe du partage des cotisations assurances sociales entre employeurs et salariés ainsi que le principe selon lequel les employeurs acquittaient seuls les cotisations prestations familiales. De même la mission de promotion de l'action sanitaire et sociale est de la compétence législative alors que le pouvoir législatif ne peut "déterminer les conditions d'utilisation des ressources affectées par ces organismes à la réalisation de la mission." (8) Il ne peut ainsi y avoir détournement de la compétence législative quant aux principes pour régenter le fonctionnement financier de la sécurité sociale.

- (5) Cette habilitation ne fut d'ailleurs pas utilisée dans les délais prévus et dut être reconduite dans une loi du 5 avril 1955.
- (6) J. DOUBLET, La Sécurité Sociale et son évolution, R.F.A.S. 1971, p. 37.
- (7) Cf. MESNARD, Dix années de jurisprudence du Conseil Constitutionnel, AJDA Mai 1970. p. 259.
- (8) Ibid. p. 266.

Relève alors de la compétence règlementaire l'explicitation, l'application et la précision des principes : fixation des bases de calcul des prestations sociales, fixation du taux des cotisations, des éléments des conditions d'attribution des prestations tels que les plafonds des ressources ainsi que le montant et la nature exacte des prestations. Nous retiendrons en particulier la décision du Conseil Constitutionnel du 20 décembre 1960 (9) selon laquelle les dispositions portant fixation du taux des cotisations avaient un caractère règlementaire. Cette décision condamnait ainsi implicitement la thèse selon laquelle les cotisations de sécurité sociale auraient un caractère parafiscal. En effet, selon l'article 34 de la Constitution l'assiette, le taux et le recouvrement des impositions de toute nature sont du domaine de la loi seule. D'ailleurs le décret du 24 août 1961 excluait formellement les cotisations de sécurité sociale des taxes parafiscales, mais il faut noter que c'est pour des motifs précis, parce que les organismes de sécurité sociale étaient déjà soumis à des contrôles financiers.

Cette nouvelle répartition a donc renforcé la compétence règlementaire et l'intervention gouvernementale. En matière de sécurité sociale comme sur toutes les autres matières, l'intervention gouvernementale a été favorisée par l'appui d'une majorité politique solide et les divers moyens d'intervention dans la procédure législative, à la disposition du gouvernenemt. Cependant la discussion de projets de lois comme celui de 1974 sur la compensation démographique a soulevé l'opposition des parlementaires aussi bien de la majorité que de l'opposition.

Sans relever les multiples textes parus (12 000 de 1945 à 1965, 25 000 de 1945 à 1970 selon certaines sources) il convient de signaler les plus importants. Ainsi le décret du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale (10), dont on peut noter qu'il exclut systématiquement les expressions de "service public de la sécurité sociale" et de "tutelle administrative", en ne traitant que des "organismes" et du "contrôle administratif". Puis le décret du 11 janvier 1961 créant les comités départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale. Citons enfin et surtout la réforme de 1967. Une loi du 22 juin 1967 autorisait le gouvernement à prendre par ordonnances, en application de l'article 38 de la Constitution, des mesures d'ordre économique et social dont une réforme de la sécurité sociale.

- (9) C.C. 20 décembre 1960. J.O. 31 décembre 1960.
- (10) Cf. J. DOUBLET, op. cit. p. 41.

Celle-ci fut réalisée par quatre ordonnances du 21 août 1967. Rappelons que le système fut mis en place par des décrets du 22 décembre 1967 qui furent pris avant qu'intervienne la loi de ratification du 31 juillet 1968 qui ne modifia d'ailleurs pas notablement les ordonnances. C'est dire que la réforme fut l'oeuvre du gouvernement seul et de M. JEANNENEY en particulier. Ce dernier expliquait d'ailleurs : " Le traitement convenable de certaines matières impliquait que l'on prenne des décisions désagréables. Il est préférable que ce soit le gouvernement qui en porte la responsabilité dans le détail (car ce sont les détails qui sont ressentis péniblement) plutôt que sa majorité parlementaire." (11)

Nous avons pu ainsi voir à diverses reprises et depuis 1967, la portée de l'action gouvernementale dans l'application de la réforme. Absence des décrets d'application qui auraient permis la mise en oeuvre de certaines des dispositions fondamentales des textes, inapplication des dispositions visant à empêcher les transferts de trésorerie des prestations familiales vers l'assurance maladie, etc...

Depuis 1967 l'action gouvernementale s'est poursuivie. En 1973 et 1974, le Parlement fut amené à discuter puis voter des dispositions importantes aménageant une compensation démographique entre le régime général et les autres régimes de sécurité sociale et prévoyant les généralisations de la protection sociale à tous les français avant 1978. (12) En application de l'article 8 de cette loi, le gouvernement doit présenter tous les ans en annexe au projet de loi de finances un état retraçant l'effort social de la nation pour les trois années précédentes, une annexe analysant les prévisions de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale pour l'année en cours et l'année suivante et un rapport mettant en évidence la place des dépenses sociales dans les équilibres généraux économiques et financiers. Cette obligation complète celle qui était faite par la loi de finances pour 1959 de fournir chaque année au Parlement un document d'information présentant le budget social de la nation.

D'autre part le gouvernement devait présenter un projet de loi réformant l'assiette des cotisations. Ce projet n'a pas été déposé mais entre 1975 et 1977, des mesures ponctuelles ont dû être prises pour remédier à un déficit toujours important et croissant du régime général. En tout état de cause une

- (11) J.J. DUPEYROUX, Les ordonnances : pourquoi ? Comment ? Bulletin 229 ACADI, Janvier 1968.
- (12) Loi du 24 décembre 1974, adoptée après des débats passionnés où une partie des députés de la majorité a manifesté son accord du bout des lèvres.

réforme profonde devrait intervenir avec la généralisation de la sécurité sociale dont on s'accorde à dire qu'elle devrait remettre en question deux points essentiels : la gestion paritaire et le financement par les cotisations salariales. En effet si l'on supprime toute condition d'activité professionnelle pour bénéficier de la sécurité sociale, la gestion par des représentants d'organisation professionnelle, dont la base est nécessairement liée à la profession, n'est plus justifiée. D'autre part, si entrent dans la sécurité sociale des personnes qui n'ont pas de revenus professionnels, il faudra les faire cotiser sur l'ensemble de leurs revenus et dès lors pourquoi eux seuls et pas les autres ?

Jusqu'ici donc, et depuis 1958, l'action gouvernementale a été prépondérante : ordonnances, décrets, arrêtés et circulaires constituent un ensemble de textes impressionnant qui a ajouté à la complexité du système. Et la question qui se pose alors est celle-ci : si l'oeuvre gouvernementale a été aussi importante, qui l'a réalisée au sein du gouvernement ? Or on constate que les compétences ministérielles en matière de sécurité sociale ont beaucoup varié. Cette incertitude n'est-elle pas peu propice à une action cohérente ?

Section 2 - La sécurité sociale dans les structures gouvernementales

Il est évident que la place de la sécurité sociale au sein du gouvernement ne témoigne pas d'une volonté très affirmée de définir et mener une politique cohérente et suivie. N'est-il pas significatif que le terme même de sécurité sociale n'ait pas toujours figuré dans le titre du ministre de tutelle ?

L'histoire montre aussi toute l'incertitude de la place de la sécurité sociale dans le gouvernement et il est révélateur que cette incertitude soit une constante depuis les origines.

"L'organisation de la Sécurité sociale a trop souvent été l'enjeu de choix politiques un peu hâtifs dont la cohérence n'apparaissait pas toujours comme la qualité maîtresse".(13) Cette phrase montre dès l'abord l'incertitude effective qui a été la règle tout le long de l'histoire de la sécurité sociale dans le gouvernement depuis 1945. (14)

Bouleversements permanents consistant essentiellement à défaire ce qui venait d'être fait. Bien loin d'être commandée par des préoccupations techniques rationnelles, la place de la sécurité sociale dans les gouvernements, à été déterminée en fonction de problèmes politiques. L'absence de vaste projet social, de politique cohérente et continue, l'influence trop souvent déterminante des groupes socio-professionnels pour affirmer leurs particularismes, expliquant en partie ces changements de cap successifs.

Le ministre du Travail est apparu en 1906 et s'appelait alors "ministre du Travail de la Prévoyance sociale" (15). Chargé de s'occuper de tout

- (13) BORDELOUP- La désaffection croissante à l'égard de la sécurité sociale et ses conséquences. Dt Social 1975, p. 156.
- (14) Cf. J. BING- Une histoire de fou : la place de la sécurité sociale dans la structure gouvernementale. Q.S.S. juillet 1974, p. 169
- (15) Sur l'historique du ministère du Travail et des organes gouvernementaux avant 1945 : R.F.A.S., 1971, p. 60.

ce qui concerne les travailleurs liés par un contrat de travail et des conditions d'exercice de ce contrat. Sont et seront considérés dorénavant comme se rattachant au contrat de travail les allocations familiales et la sécurité sociale. Le premier titulaire du poste fut VIVIANI qui, ainsi que son directeur de cabinet Paul BONCOUR, était avocat des syndicats et organisations ouvrières et le ministère du Travail fut considéré comme le défenseur du peuple travailleur.

Pour la santé publique, la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique en attribue aux autorités locales la responsabilité. Ainsi l'article 97 de la loi de 1884 qui précise que la police municipale "a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques" est-il repris par la loi de 1902. Mais les maires n'étaient pas toujours aptes à remplir ce rôle et dès 1902, deux ouvrages réclament la création d'un ministère de la santé publique (16).

Une proposition de loi n'eût pas de suite (17). Et c'est par un décret du 27 janvier 1920 que fût créé le "ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales" dont BRETON fût le premier titulaire.

A l'origine, ce ministère répondait à des soucis techniques (18) alors que la création de celui du Travail était un acte politique. CLEMENCEAU faisait ressortir dans son exposé des motifs que le ministère du Travail marquait la volonté de témoigner sa sollicitude aux travailleurs dont il devait être le défenseur.

Ce nouveau ministère se voit rattacher certains services qui dépendaient du ministère du Travail : direction de la mutualité, direction de l'assurance et de la Prévoyance sociales.

- (16) FILASSIER, La détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène ; STRAUSS, La croisade sanitaire.
- (17) Proposition déposée par BRETON le 15 mai 1916.
- (18) En particulier à l'épidémie de "grippe espagnole" de 1918 : Un débat du 26 octobre révéla que personne ne pouvait dire quel était le ministre compétent pour prescrire les mesures qui s'imposaient. Source : R.F.A.S. 1971, p. 78.

Par décret du 29 mars 1924, les deux ministères sont réunis pour former un ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Mais la loi du 28 mars 1930 les sépare à nouveau et on voit apparaître pour la première fois un ministère de la Santé publique, cependant qu'existe à nouveau un ministère du Travail et de la Prévoyance. La distinction subsista jusqu'en 1940. Le gouvernement de VICHY comprend un ministre, secrétaire d'Etat à la Jeunesse et à la Famille et un ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle et au travail.

Tous ces services furent placés à la libération sous l'autorité d'un secrétaire général provisoire.

Le 10 septembre 1944, le premier gouvernement provisoire comprend un ministre du Travail et de la Sécurité sociale et un ministre de la Santé publique, lequel a dans ses attributions (19) la sauvegarde de la santé publique, les questions d'assistance et de bienfaisance et est chargé de mettre en oeuvre la politique familiale (20).

Par ordonnance du 4 avril 1945 est créé un secrétariat général à la Famille et à la Population attribué à Mr SAUVY, mais il sera intégré le 21 novembre 1945 dans le ministère de la Population. Les questions de santé publique, considérées comme un des problèmes de la population lui sont rattachées. Mais s'il comprend les questions relatives aux principes et à l'application de la politique démographique et familiale, les prestations familiales restent du domaine du ministre du Travail.

Les ministères sociaux "n'ont vraiment pas de chance" (21), "comme si l'on ne savait vraiment qu'en faire" (22), et il est malaisé de tenter de discerner quelque cohérence dans leur évolution.

- (19) Décret du 26 décembre 1944.
- (20) Une direction générale de la sécurité sociale est créée auprès du ministre du Travail en raison des liens très étroits existant à l'époque entre la législation du travail et la législation de sécurité sociale.
- (21) J. BORDELOUP, op. cit.
- (22) J.J. DUPEYROUX, op. cit. p. 283.

En 1946, deux ministères se partagent les attributions : Travail et Sécurité sociale dont le portefeuille est détenu par A. CROIZAT (P.C.) et Santé publique et Population confié à R. PRIGENT (M.R.P.). Cette répartition subsiste du 23 janvier 1946 au 2 juin 1946 (Cabinet F. GOUIN).

Puis, dans le Cabinet G. BIDAULT (juin 1946-novembre 1946), trois ministères sont constitués : Population confié à R. PRIGENT, Travail à A. CROIZAT et Santé publique à R. ARTHAUD (P.C.)

Le Cabinet BLUM reprend la distinction précédente avec un ministère du Travail et de la Sécurité sociale attribué à D. MAYER (S.F.I.O.) et un ministère de la Santé publique et de la Population au docteur SEGELLE. Ce découpage subsistera ensuite, exception faite d'une expérience d'un grand ministère des Affaires sociales du 22 octobre 1947 au 29 novembre 1947.

Le terme de Sécurité sociale disparait de la dénomination officielle en 1951 et jusqu'en 1956 existent un ministère du Travail et un ministère de la Santé publique. Le développement de la législation entraîne des contacts et une collaboration de plus en plus fréquents entre les deux ministères. C'est pourquoi le cabinet Guy MOLLET, en janvier 1956, reconstitue un ministère des Affaires sociales confié à M. GAZIER. Mais c'est une réunion brève et superficielle. Aucun service commun n'est institué et les deux départements du Travail et de la Sécurité sociale et de la Santé publique, érigés en secrétariats d'Etat, conservent leur autonomie. Le ministre est aussi seulement chargé de coordonner l'activité des deux secrétaires d'Etat.

En novembre 1957, dans le cabinet de F. GAILLARD, le ministère des Affaires sociales éclate et on retrouve un ministre du Travail et un ministre de la Santé publique.

On retrouve un ministre des Affaires sociales en 1966. Son titulaire est M. JEANNENEY qui entreprend la fusion des deux ministères par la création d'une série de services communs : direction de l'administration générale, du personnel et du budget, inspection générale des affaires sociales, division des relations internationales, service des études et des prévisions.

Mais cette organisation était critiquable en ce qu'elle comprenait un découpage excessif entre de nombreuses directions et services. Le ministre qui se méfiait des services techniques cherchait aussi à mieux asseoir

son autorité. Un projet, pour être définitivement mis au point, nécessitait l'accord de plusieurs directions et souvent l'arbitrage du cabinet. D'où des difficultés et des lenteurs inévitables. Comme le note M. BING : "L'existence de ces directions et de ces services trahissait assez bien la formation professionnelle de M. JEANNENEY qui, agrégé d'économie politique, conçut son ministère plus sous la forme d'un traité de droit économique et social, dont les différents services et directions correspondaient en fait aux différentes parties d'un ouvrage théorique de droit social qu'à un ministère organique chargé de résoudre dans les meilleurs délais l'ensemble des problèmes sociaux intéressant le pays !" (23).

La formule subsista sous le premier gouvernement de M. CHABAN-DELMAS avec M. Maurice SCHUMANN. Une expérience fut alors entreprise destinée à unifier progressivement les services extérieurs du ministère en ce qui concerne la Sécurité sociale et l'action sanitaire et sociale. A LYON et PARIS, deux hauts fonctionnaires cumulaient les emplois de directeurs régionaux de la Sécurité sociale et chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale.

En juin 1969, le ministère des affaires sociale éclate. M. Robert BOULIN devient ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale et M. FONTANET, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population. Mais le décret du 10 juillet 1969 laisse subsister des services communs aux deux ministères : inspection générale des Affaires sociales, direction de l'administration générale, du personnel et du budget, service des études et prévisions et division des relations internationales. Les deux ministères sont réputés n'en faire qu'un pour la gestion des administrateurs civils.

La Sécurité sociale qui ne concernait que les seuls salariés au départ et était donc, pour cette raison, rattachée au ministre du Travail, s'étendant progressivement à l'ensemble de la population ou presque, est rattachée dorénavant à la Santé publique. Par contre les questions de population considérées comme très liées aux problèmes d'emploi, passent dans les attributions du ministre du Travail.

L'association de la Santé et de la Sécurité sociale est logique et cohérente. Elles sont au moins complémentaires et la Sécurité sociale prend place tout naturellement dans une politique de la Santé.

- (23) J. BING, op. cit. p. 170.

Cette cohérence devait durer jusqu'en 1972. Après la démission du gouvernement CHABAN-DELMAS en juillet 1972, le gouvernement MESSMER voit la réapparition d'un ministère des Affaires sociales comprenant le Travail, l'Emploi et la Sécurité sociale, confié à Edgar FAURE, ministre d'Etat, cependant que quelques attributions en matière de sécurité sociale (action sociale) étaient confiées à un ministre de la Santé publique attribué à M. FOYER (24).

Ce découpage peu logique subsistait jusqu'en mars 1973 où on retrouve un ministère du Travail et de l'Emploi et un ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. Le premier confié à M. GORSE et le second à M. PONIATOWSKI. Cette répartition était cohérente et comme telle, subsistait jusqu'aux élections présidentielles de 1974, les services communs subsistant.

A cette date dans le ministère CHIRAC, on retrouve un ministère du Travail et un ministère de la Santé. C'est le ministre du Travail qui reprend, en matière de Sécurité sociale, les attributions essentielles. Mais si l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie relève de sa compétence, celle des organismes servant des prestations familiales ou des prestations de vieillesse relève du ministre de la Santé. D'ailleurs un décret du 8 juin 1974 crée un secrétariat d'Etat chargé de l'action sociale auprès de ce dernier.

Ceci ne facilitait pas les choses en matière de tutelle ainsi partagée entre deux ministères. Comme le remarquait M. BING : "Le régime semble être revenu au plus beau temps de la Quatrième République où les structures ministérielles étaient beaucoup plus fonction de dosage politique plus ou moins subtil que d'un rationalisme administratif logique et nécessaire"(25).

Si la structure subsistait dans le premier gouvernement BARRE en 1976 et si, de la sorte, le terme de sécurité sociale ne figurait même plus dans les titres ministériels, un changement heureux intervenait par décret du 19 avril 1977 (26). Le ministre de la Santé exerce désormais les attributions précédemment dévolues au ministre du Travail en matière de Sécurité sociale. Le même décret place sous son autorité : la direction générale de la santé, la direction des hôpitaux, la direction de l'action sociale, la direction de la sécurité sociale, le service central de la pharmacie et des médicaments et le

- (24) Décret 72-691 du 29 juillet 1972 relatif aux attributions du ministre d'Etat chargé des Affaires sociales.
- (25) BING. op. cit. p. 171.
- (26) Décret 77-418 du 19 avril 1977. J.O. 21 avril 1977, p. 2317.

laboratoire national de la santé.

Aux termes de deux décrets du 14 avril 1977, deux secrétaires d'Etat sont placés auprès du ministre : M. LENOIR, chargé de l'aide et de l'action sociale et Mme MISSOFFE, chargée des questions relatives à la politique familiale.

Episode ou aboutissement ? Depuis 1945 et à un rythme plus ou moins accéléré, trois formules se sont succédées : celle du grand ministère regroupant Travail, Santé et Sécurité sociale, celle du Travail et de la Sécurité sociale, celle de la Santé et de la Sécurité sociale. Chaque formule présente ses avantages et ses inconvénients. Ce qui est certainement critiquable c'est ce remaniement incessant, ce va-et-vient permanent de la sécurité sociale "comme si on ne savait vraiment qu'en faire." (27)

L'association actuelle de la Santé et de la Sécurité sociale est logique mais étant donné les relations étroites existant entre les problèmes de Sécurité sociale et les problèmes posés par la législation du Travail, il semblerait souhaitable de rétablir un ministère des Affaires sociales.

Si réellement le problème de la Sécurité sociale est un problème global dont l'importance ne fait que croître, s'il faut réellement repenser le problème du financement devant un déficit croissant, si la sécurité sociale doit être étendue à tous les français en 1978, si l'intention d'harmonisation et de compensation est réelle, devant enfin la complémentarité évidente des problèmes sociaux, de santé, de travail et de sécurité sociale, tout concourt à rendre logique la création d'un ministère des Affaires sociales. Ainsi serait facilité pour le moins la rationalisation et la coordination de l'action et du contrôle sur la sécurité sociale.

Formule pesante, certes, mais qui aurait l'avantage de désigner un véritable responsable de l'ensemble de la politique sociale, qui se verrait reconnaître un poids politique important. Il pourrait ainsi contrebalancer l'influence du ministère de l'Economie et des Finances, dont les positions sont souvent prépondérantes face à des titulaires ministériels changeants et divisés. Ce serait une condition peut-être insuffisante mais indispensable à la mise au point et à la conduite d'une politique cohérente et globale dont la nécessité est urgente.

- (27) J.J. DUPEYROUX, La Sécurité sociale p. 285.

CHAPITRE 3

LA MULTIPLICITE DES ORGANES DE CONTROLE

Le régime général de Sécurité sociale est soumis à une multiplicité de contrôles. Nous avons vu pourquoi les textes utilisent le terme de contrôle administratif de préférence à celui de tutelle. Mais il s'agit d'abord d'une tutelle exercée par le ministre chargé de la Sécurité sociale et, pour les questions financières, par le ministre de l'Economie et des Finances. Ce sont les deux grands centres de contrôle du régime général.

Les textes de base en la matière sont le décret du 12 mai 1960 et l'ordonnance 67-706 du 21 août 1967. L'article 2 du décret de 1960 dispose que "Le ministre du Travail est chargé de l'application de l'ensemble des dispositions législatives et règlementaires relatives à la Sécurité sociale." L'alinéa 3 précise que "Le ministre des Finances participe à la tutelle de l'organisation de la Sécurité sociale pour les questions relevant de sa compétence." L'ordonnance, en ses articles 3, 24, 37 et 48, attribue aux deux ministres le contrôle des organismes nationaux.

Sur le plan financier, la compétence est donc partagée entre deux ministères dont l'un, comme nous l'avons vu, change fréquemment de titulaire. Encore faut-il également rappeler que jusqu'à la réunion de la Santé et de la Sécurité sociale, les attributions de tutelle en matière d'action sanitaire et

sociale étaient partagées entre ministère du Travail et ministère de la Santé.

Il n'est pas dans nos intentions de décrire en détail les différentes institutions de contrôle, mais d'en relever la diversité et la multiplicité. Le régime général est en effet soumis à un ensemble de contrôles qui valent largement ceux de la comptabilité publique. Nous distinguerons pour la facilité les autorités de contrôle administratif et celles des contrôles financiers mais en rappelant que ministère de la Santé et ministère de l'Economie et des Finances partagent la tutelle pour toutes les questions financières.

Section 1 - Les autorités de contrôle administratif

De juin 1974 jusqu'à avril 1977, la tutelle administrative était exercée par le ministre du Travail. Mais c'est au ministre de la Santé que revenait l'exercice du contrôle sur l'action sanitaire et sociale des organismes servant des prestations familiales et des organismes servant des prestations vieillesse.

Il en résultait donc une situation assez confuse. Les deux ministres disposant de compétences conjointes sur la CNAF et la CNAV. Le ministre du Travail pour l'ensemble du fonctionnement des caisses nationales et le ministre de la Santé pour la seule action sociale de celles-ci !

Bien plus, l'action sanitaire et sociale de la CNAM et des caisses d'assurance maladie, relevait elle, du ministre du Travail. Or il est clair que celle-ci peut profiter par exemple aux personnes âgées (maisons médicales). N'oublions pas encore que les caisses régionales d'assurance maladie exercent toujours les attributions en matière de vieillesse. Elles subissaient donc en fait une triple tutelle avec celle du ministre des Finances. La coordination des actions et des contrôles était donc, en l'état, difficile à assurer. C'était une complication bien inutile alors que les fonds d'action sanitaire et sociale sont alimentés par des prélèvements sur les ressources des risques, c'est-à-dire les cotisations maladie, familiales et vieillesse. Il y a donc, sur tous les plans complémentarité absolue entre ces domaines, séparés cependant sur le plan ministériel. C'est pourquoi la réunion de la Santé et la Sécurité sociale a rétabli une situation plus rationnelle.

Le ministre a désormais autorité sur la direction générale de la santé, la direction des hôpitaux, la direction de l'action sociale, la direction de la sécurité sociale, l'inspection générale des affaires sociales, le service central de la pharmacie et des médicaments et le laboratoire national de la santé.

1 - Au plan régional, il est assisté des directions régionales de la Sécurité sociale qui sont au nombre de 16. Elles jouent un rôle fondamental dans l'exercice de la tutelle. Le directeur régional est ainsi membre du comité départemental d'examen des comptes. Le mouvement de déconcentration amorcé depuis quelques années lui a confié certains pouvoirs propres. Proche des caisses locales, son rôle est important.

2 - Le Préfet de région

Depuis un décret du 29 novembre 1968, des transferts de pouvoirs par délégation du ministre chargé de la Sécurité sociale ainsi que du ministre de l'Economie et des Finances, sont prévus en faveur des Préfets de région. Il s'agit là encore d'une déconcentration. Un arrêté du 7 août 1970 a réalisé cette déconcentration pour l'agrément des agents de direction et l'approbation des statuts de l'organisme.

Mais il est à noter que les préfets de région ont subdélégué ces pouvoirs aux directeurs régionaux.

3 - L'inspection générale des affaires sociales

Elle trouve son origine dans l'article 4 du décret du 12 mai 1960 : "Le contrôle des divers régimes de Sécurité sociale est confié à une inspection générale de la Sécurité sociale". Sa composition et ses attributions ont été fixées par un décret du 11 janvier 1961. (1)

Par décret du 11 mai 1967, l'inspection de la sécurité sociale a été transformée en inspection générale des affaires sociales, par regroupement avec les anciennes inspections générales de la Santé publique et du Travail. Chaque année, l'inspection générale établit un rapport adressé au Président du comité interministériel de coordination et portant sur une vaste et importante question. Par exemple, en 1971, l'inspection a étudié la tutelle sur

- (1) Décret 11 janvier 1961 - D 1961-48, BLD 1961-49 Rect. J.O. 31 janvier 1961.

les organismes de sécurité sociale et elle a fait une série de constatations et de propositions pour améliorer les rapports entre l'Etat et les régimes de sécurité sociale.

4 - Les organismes consultatifs

Au niveau national, on trouve un comité de coordination, une commission supérieure de la Sécurité sociale, une commission supérieure des allocations familiales ainsi qu'un haut comité médical.

Au niveau départemental, les comités départementaux d'examen des organismes de sécurité sociale sont amenés à donner leur avis à l'autorité de tutelle sur les comptes des organismes (2).

Ce n'est pas ici le lieu d'étudier ces divers organismes consultatifs, exception faite du comité interministériel de coordination qui traduit un effort d'harmonisation de l'action des ministres de tutelle. Il est né des inconvénients dûs à la diversité des institutions de sécurité sociale (3). Les problèmes communs ne pouvaient être examinés dans leur ensemble. La dispersion des responsabilités entre les ministères avait été exploitée par divers régimes de sécurité sociale qui avaient développés leurs avantages en raison d'un contrôle moins rigoureux portant sur eux. Cette situation était défavorable aux intérêts de l'Etat, amené à verser des subventions ou couvrir des déficits. Les avantages particuliers accordés à telle ou telle profession étaient décidés sans qu'il soit tenu compte de leur incidence sur les régimes qui en supportaient en fait la charge financière, c'est-à-dire essentiellement le régime général.

C'est donc pour mettre fin à ce manque d'harmonisation dans l'exercice de la tutelle sur les différents régimes de sécurité sociale que le décret du 12 mai 1960, en son article 3 prévoit "qu'un comité présidé par le ministre du Travail (aujourd'hui le ministre de la santé) étudie les mesures propres à assurer la coordination de l'ensemble des dispositions relatives à la sécurité sociale et à leur application." Les attributions et l'organisation du comité interministériel de coordination ont été fixées par décret (4). "Timide effort de coordination et de regroupement des régimes" (5), ce comité est composé

- (2) Ces comités fonctionnant sous la surveillance de la Cour des Comptes, seront étudiés plus loin. p. 212.
- (3) Cf. R.F.A.S. 1971, n°2, p. 43 et 63.
- (4) Décret n° 61.19 du 11 janvier 1961. D 1961, p. 47.
- (5) J.J. DUPEYROUX. Droit de la Sécurité sociale, p. 670.

des ministres intéressés. Le ministre chargé de la Sécurité sociale en est le Président, le ministre de l'Economie et des Finances, les ministres de l'Agriculture et de l'Equipement en sont les membres permanents. En fonction des affaires traitées, d'autres ministres peuvent participer à ses travaux.

En pratique, le comité se compose le plus souvent de hauts fonctionnaires représentant les ministres, ceux-ci se réunissant en conseil restreint sous la présidence du Premier Ministre.

Sa tâche est d'étudier les mesures communes à tous les régimes : règlementation, tutelle et contrôle, et de proposer toutes mesures utiles pour assurer leur coordination. Il peut effectuer des études sur demande du gouvernement, fixe des plans de contrôle des organismes de sécurité sociale et les programmes de l'inspection générale des affaires sociales. Il prépare un rapport annuel de synthèse sur le fonctionnement de la Sécurité sociale.

Sa consultation est juridiquement obligatoire pour tous les textes législatifs et règlementaires. Il ne semble pas avoir joué en fait le rôle que l'on attendait de lui, la coordination entre les divers régimes de sécurité sociale se révèlant difficile. Il a néanmoins permis de mettre fin à des divergences par trop individualistes de certains régimes et il est l'occasion de rencontres périodiques.

Section 2 - Les autorités de contrôle financier

Nous avons vu qu'aux termes du décret du 12 mai 1960, le ministre de l'Economie et des Finances participe à la tutelle des organismes de sécurité sociale. Et à vrai dire, dans les attributions qui sont conférées aux ministres, la tutelle est exercée de façon conjointe par les deux ministres dès lors qu'une question financière est posée. Aussi bien est-il parfois difficile de distinguer réellement une tutelle administrative et un contrôle financier. L'imbrication des deux est telle que toute distinction est forcément arbitraire.

Quoiqu'il en soit, et nous reviendrons sur ce point, les organismes de Sécurité sociale sont soumis à un large éventail de contrôles d'ordre financier.

Nous ne nous étendrons pas sur le ministère des finances et son organisation qui dépasse le cadre de cette étude.

Les organismes de tous les régimes de sécurité sociale sont soumis à des contrôles identiques à ceux que subissent les administrations ou les établissements publics.

Les organismes nationaux qui sont des établissements publics et dont les comptables ont la qualité de comptables publics sont soumis aux contrôles prévus entre autres par le décret portant règlement sur la Comptabilité Publique (6). Ils sont ainsi contrôlés par l'inspection des finances et le

- (6) Décret 62-1587- 29 décembre 1962 - 3° partie, A-

receveur général des finances de la Seine (7).

Les caisses locales sont des organismes de droit privé mais elles ont été soumises au contrôle de l'inspection des Finances depuis 1950 (8). Leurs comptables ne sont pas des comptables publics mais ils encourent une responsabilité particulière, "qui échappe au droit commun des relations salariales et s'apparente à celle des comptables publics." (9) Les textes les soumettent donc à un certain nombre de contrôles exercés par les Trésoriers payeurs généraux, et les receveurs des finances. (10)

Enfin, l'ensemble des organismes est soumis au contrôle des comités départementaux d'examen des comptes de la Cour des Comptes et de la Cour de discipline budgétaire et financière (11). Tous ces organes qui participent aux contrôles financiers de l'Etat ou des établissements publics ne peuvent faire ici l'objet d'une description. Leur rôle sera étudié plus loin, mais l'un d'entre eux, spécifique aux organismes de sécurité sociale doit être présenté ; il s'agit du comité départemental d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale.

Les Comités Départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale, (CODEC) sont nés des difficultés que rencontra la Cour des Comptes à effectuer un contrôle approfondi de tous les organismes de sécurité sociale soumis à sa juridiction. (12) Aussi sur sa suggestion, un décret du 11 janvier 1961, complétant un décret du 8 mai 1950 (13) a-t-il créé ces comités départementaux chargés de vérifier les comptes annuels des organismes de sécurité sociale. Ils ont ensuite fait l'objet des articles 43 et 46 du décret du 20 septembre 1968 relatif à la Cour des Comptes (14), puis du décret du 26 novembre 1968 (15).

- (7) Art. 189 du dit décret.
- (8) A. 31 janvier 1950.
- (9) Circulaire nº 4 sécurité sociale. 16 janvier 1973.
- (10) Décrets 59-819 du 30 juin 1959 - 60-452 12 mai 1960 - 64-1221 du 5 décembre 1964 - 71-638 du 13 juillet 1971.
- (11) La loi du 31 juillet 1963 a rendu les personnels des organismes de sécurité sociale passibles de la Cour de discipline budgétaire et financière.
- (12) Ainsi dans son rapport sur 1966, la Cour note qu'à la date du 31 décembre 1965, 845 organismes de droit privé assurant en tout ou partie la gestion d'un régime légal obligatoire relevaient de son contrôle. (p. 139).
- (13) Décret 61-24, 11 janvier 1961.
- (14) Décret 68-827- 20 septembre 1968 - J.O. 22 septembre 1968.
- (15) Décret 68-1060- 26 novembre 1968 relatif à la vérification des comptes des organismes de sécurité sociale.

Les C.O.D.E.C. ne sont pas des juridictions mais des organismes consultatifs qui donnent un avis en vue de renseigner une autorité administrative.

Aux termes de l'article 1 du décret du 26 novembre 1968 le comité départemental se compose du trésorier payeur général ou de son représentant qui préside le comité, du directeur régional de la sécurité sociale ou de son représentant et de l'inspecteur divisionnaire des lois sociales en agriculture ou de son représentant.

S'il examine les comptes d'un organisme relevant ni du régime général ni du régime agricole, le comité peut s'adjoindre le représentant du ministre chargé du contrôle administratif de l'organisme.

Au point de vue compétence, le comité vérifie les comptes de tous les organismes ayant leur siège dans le département, quelle que soit leur circonscription territoriale.

D'une façon générale, leur compétence est définie par l'article 43 du décret du 20 septembre 1968 : "Les comptes annuels des organismes de sécurité sociale sont vérifiés sous la surveillance de la Cour des Comptes, par des comités départementaux d'examen...". Nous aurons à analyser leur rôle en liaison avec la Cour des Comptes (16). Celle-ci ne cesse, dans ses rapports ou référés, de rendre hommage au travail qu'ils effectuent (17). Les C.O.D.E.C. "apparaissent comme un précieux moyen de contrôle d'information et de suggestion à la disposition des autorités de tutelle" (18).

Les organismes de sécurité sociale subissent donc le contrôle de nombreux organes. Tutelle administrative par le ministre du Travail, contrôles financiers assimilables à des contrôles de droit public, l'Etat contrôlant les organismes de façon très étroite et selon des modalités qu'il nous faut maintenant étudier.

- (16) Cf. p. 239.
- (17) Rapport sur 1964 ; "Les travaux des comités départementaux présentent toujours un grand intérêt." : Rapport sur 1969, p. 263 ; Rapport sur 1970, p. 100 ; Rapport sur 1971, J.O. doc. adm. 3 juillet 1973, p. 812.
- (18) Rapport sur 1968, p. 118.

C H A P I T R E 4

LES CONTROLES SUR LE REGIME GENERAL

L'intervention des pouvoirs publics se manifeste à tous les niveaux. Les organismes du régime général sont soumis à des contrôles constants qui visent toutes leurs décisions. La réforme de 1967 aurait dû entraîner une évolution dans les relations entre les pouvoirs publics et le régime général. Avec l'attribution d'importantes responsabilités aux caisses nationales, la sphère d'autonomie du régime général aurait dû connaître une large extension. La logique des ordonnances comportait un transfert de compétences de l'Etat vers les caisses nationales et donc un allègement important des contrôles. Le problème était de savoir si véritablement les caisses nationales allaient disposer des moyens d'exercer leurs responsabilités.

Or tout d'abord, les pouvoirs publics ont conservé la responsabilité des décisions fondamentales en matière financière. Il s'agit des décisions fixant le taux des cotisations et le montant des prestations. Il s'agit également de la fixation de la répartition des cotisations entre les différents fonds nationaux.

1 - Les décisions fondamentales relatives au montant des prestations et des cotisations appartenaient à part entière aux pouvoirs publics avant la réforme de 1967. Nous avons vu que celle-ci transférait le pouvoir de décision à la C.N.A.M., les deux autres caisses nationales pouvant néanmoins proposer au gouvernement "toutes mesures concernant le maintien de l'équilibre financier du régime..." (1)

- (1) Art. 23 et 36 de l'ordonnance 67-706, modifiés par la loi de ratification du 31 juillet 1968.

Ainsi les articles 17 et 18 de l'ordonnance 67-706 prévoyaient que le conseil d'administration de la C.N.A.M. décidait de maintenir ou de rétablir l'équilibre du risque maladie par modification du taux des prestations ou augmentation des cotisations. L'intervention des pouvoirs publics était cependant aménagée à plusieurs niveaux.

Il incombait ainsi au gouvernement dans un premier stade, de préciser par décret les conditions et les limites de mise en oeuvre de ces dispositions (2). Il était d'autre part prévu que les décisions concernant l'augmentation des cotisations ne devenaient exécutoires qu'après avoir été approuvées par décret pris sur le rapport des deux ministres de tutelle. Enfin, en cas de carence de la C.N.A.M., le ministre chargé de la Sécurité sociale et le ministre de l'Economie et des Finances pouvaient la mettre en demeure de prendre les mesures nécessaires. Cette disposition était complétée par un pouvoir de substitution reconnu au gouvernement pour le cas où la mise en demeure resterait sans effet.

Si l'on rappelle que les ministres de tutelle peuvent également s'opposer à toutes les délitérations des caisses nationales dans les vingt jours, on constate donc que le transfert de décision à la C.N.A.M. était assorti de très sérieuses limites. Les pouvoirs publics pouvaient contrôler étroitement les décisions de la caisse nationale.

En fait, le décret prévu n'a jamais été pris, paralysant ainsi cette importante disposition de la réforme. La C.N.A.M. s'est donc trouvée dans les faits ramenée au même niveau que les autres caisses nationales.

Le gouvernement n'entendait pas se déssaisir de ce pouvoir fondamental. Les relèvements des taux de cotisation ont été ainsi décidés par le gouvernement et lui seul (3). L'importance de ces décisions et de leurs répercussions possibles rendaient de toutes façons irréaliste ce transfert de pouvoirs sur des questions d'importance nationale.

2 - La répartition des cotisations entre les différents fonds nationaux gérés par les caisses nationales est également effectuée par les ministres de tutelle.

- (2) Art. 17 in fine.
- (3) Décrets du 20 septembre 1967, 30 juillet 1970, 29 décembre 1973, etc...

C'est par arrêté conjoint que sont fixés et répartis les prélèvements sur les recettes de chaque gestion, qui alimenteront les divers fonds nationaux. L'expérience a montré que ces prélèvements qui n'ont pas beaucoup varié depuis 1967 étaient fixés par les ministres qui tenaient assez peu compte des demandes ou des propositions des caisses nationales (4).

C'est de même, un arrêté conjoint des deux ministres qui fixe annuellement le prélèvement sur les ressources des trois caisses nationales qui sera affecté à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

C'est donc les pouvoirs publics qui prennent seuls, avec un avis souvent de pure forme, les grandes décisions financières qui s'imposent aux caisses nationales. Sur ce plan là, la réforme de 1967 n'a rien changé et aucun transfert de compétence n'a été réalisé au profit des caisses nationales qui ne sont pas plus qu'avant responsables de l'organisation et du fonctionnement financier de leur branche. Ceci est surtout vrai pour la C.N.A.M. qui devait en principe, voir ses responsabilités élargies.

3 - D'autre part, les pouvoirs publics se sont vu réserver un certain nombre de décisions importantes. Il appartient ainsi aux ministres de tutelle de fixer par arrêté les lignes directrices de l'action des organismes de sécurité sociale.

Ainsi le ministre de la sécurité sociale établit annuellement les directions d'action des organismes de sécurité sociale en matière de prévention des accidents du travail (5). Il prend toutes mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'action sociale en faveur des vieillards.

Aux termes de l'ordonnance de 1967, le ministre de la sécurité sociale fixe le programme d'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale (6). Nous avons déjà vu le contenu des différents programmes concernant les 3 catégories d'organismes. Il convient de rappeler deux remarques. Tout d'abord que les arrêtés sont intervenus à des dates variables selon les branches, 1970 pour l'assurance maladie et les allocations familiales et 1973 pour la branche vieillesse. Dans ce dernier cas d'ailleurs le programme a en fait repris les grandes lignes de l'action déjà exercée par la C.N.A.V. Cette remarque complète

- (4) Cf. par exemple, Bull CAF 1976 p. 12 et s. sur le refus par l'administration d'augmenter les prélèvements au profit du fonds d'action sanitaire et sociale de la C.N.A.F.
- (5) Art. 5 décret 12 mai 1960 Mod. par décret 68-327 du 5 avril 1968.
- (6) Art. 2 - 23 et 36.

la suivante. Ces programmes présentent un caractère plus ou moins contraignant. Dans l'ensemble, les arrêtés fixent de grandes lignes directrices et laissent une liberté relativement grande (7) aux caisses nationales. Il n'en reste pas moins que l'action des caisses nationales ne peut que s'inscrire dans un cadre décidé par les ministres de tutelle.

Ainsi, à deux niveaux fondamentaux, la politique menée par les caisses nationales dispose d'une marge très étroite d'action. Les grandes décisions appartiennent aux pouvoirs publics qui disposent ensuite d'un ensemble de moyens de contrôle des décisions des organismes très vaste. On constate ainsi une hypertrophie des contrôles a priori, qui a fait l'objet des critiques les plus vives de la part des commentateurs et des organismes. C'est la cause de l'assimilation par ceux qui y sont soumis, de la tutelle administrative à la tutelle de droit privé, protection d'un incapable à qui l'on ne saurait confier de responsabilités ; "Tout semble se passer dans notre pays, comme si nous étions dans l'incapacité quasi-totale de concevoir et de mettre en oeuvre une gestion décentralisée qui permette à des organes locaux de gérer dans un climat d'autonomie et de responsabilité, tel secteur administratif ou technique." (8)

Les contrôles a posteriori sont donc beaucoup moins étendus et occupent une place bien moindre qu'un contrôle a priori exercé à tous les niveaux et tous les instants.

- (7) Cf. plus haut. p. 64, 83 et 90.
- (8) J. MOITRIER, la tutelle sur les organismes de sécurité sociale, Dr Soc., mars 1973, p. 186.

Section 1 - L'intervention a priori sur les décisions des organismes

Dans le cadre ainsi délimité, les organismes de sécurité sociale ont un certain nombre de décisions à prendre. Les pouvoirs publics disposent alors de nombreux moyens d'intervention qui leur permettent de contrôler les décisions prises tant par les organismes nationaux que par les organismes locaux.

I - Le contrôle des décisions des caisses nationales

Les caisses nationales sont des établissements publics nationaux et comme tel, soumises aux règles posées par le décret du 10 décembre 1953 et le règlement sur la comptabilité publique (9). L'élaboration et l'exécution des budgets sont ainsi strictement règlementées. De plus le contrôle a priori est assuré par la présence des commissaires du gouvernement et surtout par l'opposition à exécution.

1- Les ministres de tutelle sont représentés auprès des caisses nationales par des commissaires du gouvernement : "Les commissaires du gouvernement représentant le ministre du Travail et le ministre de l'Economie et des Finances auprès des caisses nationales assistent aux séances des conseils d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent." (10)

Chaque ministre est représenté par un commissaire, cependant qu'auprès du conseil d'administration de l'A.C.O.S.S. le ministre de l'Economie et

- (9) Art. 14 à 25 du décret 53-1227 du 10 décembre 1953 ; Art. 151 à 189 du décret 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement sur la comptabilité publique ; Art. 59 du décret 67-1230 du 22 décembre 1967.
- (10) Art. 29, décret 67-1232 du 22 décembre 1967.

des Finances est représenté par deux commissaires (11). Un commissaire représente également le ministre de l'Agriculture auprès de l'agence (12).

Jusqu'à 1967 l'administration avait toujours refusé de placer des commissaires de gouvernement auprès des organismes. Comme le précise M. MOITRIER : "procédé (...) qui aurait peut-être en certaines occasions, dans le feu d'une discussion confuse ou à travers une décision ambigüe, mis le représentant de l'autorité de tutelle devant le fait accompli." (13).

Leur création en 1967 répondait à la volonté d'institutionnaliser directement le dialogue au plan national. Les caisses nationales devenant en tout ou partie responsables des risques, la présence de commissaires du gouvernement aux délibérations des conseils d'administration et des comités permettait une concertation directe. Par là même leur présence devait entraîner logiquement une large atténuation des annulations des décisions des conseils d'administration. Car, comme le dit le rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 1971, "Il est en tout cas fâcheux qu'un ministre s'oppose à une décision, alors que son représentant en séance n'est pratiquement pas intervenu" (14). Sans doute le rapport vise-t-il le cas déjà exposé par l'inspection (15) à propos des problèmes posés par l'exonération du ticket modérateur. En effet, par lettre du 9 avril 1970, le ministre de l'Economie et des Finances avait partiellement annulé une circulaire d'application des décrets du 6 février 1969 sur l'exonération du ticket modérateur, dans la mesure où elle laissait la possibilité d'accorder cette exonération, au cas de maladie coûteuse, pour un seuil inférieur à 50 f. par mois à la charge de l'assuré. Et le rapport de noter que si le dialogue entre le commissaire du gouvernement représentant le ministre de la sécurité sociale et les membres du conseil avait bien été engagé, par contre les interventions du représentant du ministre de l'Economie et des Finances étaient restées très discrètes.

La création de commissaires du gouvernement permet en tout cas une concertation directe qui pourrait éviter des conflits éventuels mais qui accentue le contrôle direct des ministres de tutelle sur les délibérations des caisses nationales.

- (11) Art. 3, décret 67-1231 du 22 décembre 1967.
- (12) Art. 49, ordonnance 67-706.
- (13) J. MOITRIER. La tutelle sur les organismes de sécurité sociale. précité.
- (14) Rapport précité, p. 43.
- (15) Ibid. p. 13.

2 - L'opposition à exécution

Les procès-verbaux des délibérations des conseils d'administration doivent être communiqués au ministre de la sécurité sociale et au ministre de l'Economie et des Finances dans les dix jours suivant la séance (16). Il s'agit là des délibérations des trois caisses nationales et de l'A.C.O.S.S.

Ces délibérations ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition de l'un ou de l'autre ministre dans les vingt jours suivant la communication (17). En cas d'urgence et après entente avec le ministre de l'Economie et des Finances, le ministre de la sécurité sociale peut viser une délibération pour exécution immédiate (18).

Cette opposition, moyen classique et essentiel, de la tutelle sur les décisions des caisses nationales n'est donc soumise à aucune condition. Elle ne parait donc pas pouvoir faire l'objet d'un recours contentieux.

Cet article 64 est dans son principe, contradictoire avec le désir de confier aux caisses nationales la responsabilité de gérer les risques relevant d'elles. Arme par excellence du contrôle a priori, il est donc contraire au principe d'autonomie et de responsabilité des organismes de sécurité sociale en ce qu'il présuppose un contrôle systématique de toutes les délibérations. En particulier, les ministres contrôlent ainsi l'établissement des états prévisionnels et des budgets des caisses nationales.

- (16) Art. 26 - Décret 67-1232 - Art. 6 - Décret 67-1231.
- (17) Art. 64 - Ordonnance 67-706.
- (18) Art. 26 - Décret 67-1230.

II - Le contrôle des organismes locaux

Depuis 1967, la logique du système aurait voulu que ce contrôle soit essentiellement le fait des organismes nationaux, les pouvoirs publics n'intervenant que pour faire respecter la légalité, but normal de la tutelle.

Or s'ils sont soumis à des titres divers (19) aux contrôles des caisses nationales, les organismes locaux continuent à subir une tutelle étroite des pouvoirs publics et de leurs représentants. Tutelle mal supportée d'ailleurs qu'elle soit le fait des caisses nationales ou des pouvoirs publics.

L'instrument essentiel de cette tutelle est l'article L 171 du code de sécurité sociale, mais les caisses locales subissent également des contrôles budgétaires précis.

A - L'article L 171 du code de sécurité sociale

Nous avons déjà vu la portée de cet article L 171 et l'utilisation systématique qui en a été faite. Arme majeure aux mains des ministres de tutelle et des directeurs régionaux, qui leur permettait d'annuler pratiquement n'importe quelle décision des conseils d'administration. Cet article n'a pas été abrogé par les ordonnances de 1967, alors qu'il était contradictoire avec leur esprit. On pouvait donc penser que l'administration tenait à conserver cette arme totale en attendant que les mécanismes soient en place et que les organismes nationaux puissent assurer leurs responsabilité. (20) C'est ainsi que deux circulaires fondamentales sont venues modifier les conditions d'exercices de la tutelle sur les organismes du régime général de la sécurité sociale. (21) Puis, l'article 171 fut modifié par la loi du 30 décembre 1971 portant loi de Finances pour 1972, en son article 74. L'application de cette réforme fit l'objet du décret du 24 septembre 1973 (22).

1 - Les circulaires de 1968 et 1969

- (19) Cf. plus haut. p. 158.
- (20) Cf. J. MOITRIER. La tutelle sur les organismes de sécurité sociale, précité J. BING. Q.S.S. juillet-août 1972- p. 169 s ; Q.S.S. 1974, p. 285 s.
- (21) Circ. n° 21 SS du 21 mars 1968 ; Circ. n° 16 SS du 5 mars 1969
- (22) Loi n° 71 1061- 29 décembre 1971 - J.O. 30 décembre 1971.
  Décret 73-916 - 24 septembre 1973 - J.O. 27 septembre 1973.

Premier stade de l'évolution de la tutelle, ces deux circulaires sont très significatives. Le texte de 1968 maintient le principe de l'article 171 tout en prévoyant le moment où les caisses nationales seront en mesure notamment "d'exercer le droit d'inspection qui leur a été reconnu", et où il sera alors nécessaire de repenser la répartition des compétences entre directions régionales et caisses nationales. La circulaire reconnait que désormais l'idée qui doit présider aux rapports entre l'administration et les caisses est que l'autorité de tutelle doit faire respecter le droit mais laisser aux conseils d'administration le maximum de responsabilités dans le domaine de leur compétence. On peut noter également la façon dont le ministre, M. JEANNENEY, reconnait implicitement la portée de l'article 171, en termes mesurés. Rappelant les deux chefs d'annulation : l'illégalité et le fait qu'une décision soit de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse, il reconnait que ce second motif a permis d'exercer sur les décisions des caisses un contrôle de l'opportunité : "C'est ainsi que le choix d'un type de classeur ou le recrutement d'un employé étaient parfois sanctionnés à ce titre." Il est significatif de voir le ministre lui-même reconnaître jusqu'où la tutelle a pu intervenir dans le fonctionnement des caisses de sécurité sociale. Dans le même ordre d'idées, d'ailleurs, le ministre conclut la circulaire en ces termes : "Il doit être en effet, bien entendu que l'assouplissement de la tutelle n'est pas une renonciation à celle-ci, mais est destiné à donner aux administrateurs le sens des responsabilités que l'utilisation systématique des suspensions et des annulations, dans le cadre d'un contrôle a priori et sur pièces, avait pour effet d'émousser."

Dans l'ensemble, l'intérêt principal de cette circulaire réside dans les assouplissements qu'elle recommande dans l'exercice de la tutelle par les directeurs régionaux.

Elle concerne tout d'abord l'application de la législation et de la règlementation relatives au versement des prestations. Les décisions ne doivent plus être censurées qu'en cas d'irrégularité, exceptionnellement pour inopportunité financière. Allègement du contrôle des décisions prises par "les commissions ayant reçu délégation des conseils d'administration", maintien d'un contrôle sur les décisions en matière de recours gracieux dans le seul cas d'acceptation totale ou partielle de la demande, mais non sur les décisions de rejet qui ne doivent plus être obligatoirement communiquées. Est supprimée la communication systématique de décisions prises par des commissions spécialisées (prestations supplémentaires, secours, octroi des prestations familiales à la population non active).

Pour le recouvrement des cotisations, seules sont maintenues les communications des acceptations totales ou partielles de remises de majorations de retard par les U.R.S.S.A.F. et de remises de dettes par les conseils d'administration des caisses. Le motif d'inopportunité financière peut, à leur égard, être utilisé normalement.

En matière de gestion administrative, la circulaire recommande un contrôle strict sur l'élaboration du budget mais aussi de laisser entière liberté et responsabilité aux organismes quant à son exécution. Au stade de l'élaboration, l'examen des budgets doit être systématique et vigilant mais les décisions d'annulation doivent être exceptionnelles. L'idée est que le système d'attribution des dotations par les caisses nationales doit constituer la sanction normale de la responsabilité du conseil d'administration. Les annulations ne doivent donc intervenir qu'au cas de dépassements exceptionnels. Il apparaissait préférable d'utiliser le procédé de la lettre de réserves, de conseils ou d'observations, ou la demande de seconde lecture destinées à placer les conseils d'administration devant leurs responsabilités.

Au cours de l'exécution du budget, une mesure ne devait être censurée que si elle était manifestement irrégulière. Toutes les décisions du directeur continuaient à être systématiquement soumises au directeur régional. Communication faite, en principe, pour un contrôle de la seule régularité et pour information.

Enfin la circulaire recommandait la même souplesse pour le budget d'action sanitaire et sociale, d'autant que devait intervenir un décret sur la question (23).

La circulaire de 1969, faisant le bilan des résultats notait que les décisions d'annulation étaient passées de 4014 en 1967 à 2875 en 1968 (24). Une baisse importante quantitativement.

Enfin, il est à noter, et nous aurons à revenir sur ce point, que la circulaire de 1968 présentait un autre intérêt quant à la définition de la légalité, premier motif d'annulation. C'est en effet une notion très extensive

- (23) Décret 15 avril 1968, précité.
- (24) En 1965, 3620 délibérations ou décisions avaient été annulées par les directeurs régionaux ou le ministre.

qui ressort des termes du texte : "l'illégalité, entendue au sens large d'irrégularité, consistant en la violation de lois, décrets et arrêtés, des prescriptions émanant des caisses nationales ou de l'agence centrale, ainsi que des conventions collectives applicables au personnel des organismes de la sécurité sociale." Nous verrons que cette conception n'est pas admise par les tribunaux administratifs.

Ainsi ces circulaires démontraient la volonté du ministre de tempérer les abus de la tutelle et de permettre la prise en charge par les conseils d'administration de leurs responsabilités. Mais, ainsi que le fait remarquer M. MOITRIER (25) et ainsi qu'il ressort de l'esprit même de ces textes, cet allègement n'était que superficiel. L'essentiel subsistait, c'est-à-dire la communication systématique et a priori des décisions principales des organismes. Il fallait certes que les directeurs régionaux les examinent avec bienveillance mais il était présumé que les organismes n'étaient pas responsables de leur gestion. L'article 171 maintenu témoignait de la même méfiance a priori,"de la même réticence à décentraliser, à déléguer des responsabilités réelles." (26)

C'est le principe même qu'il aurait fallu revoir. Ou les caisses nationales sont responsables de l'équilibre et le contrôle se limite au respect de la légalité, ou bien elles ne sont pas responsables de l'équilibre financier et les pouvoirs publics exercent cette responsabilité. Il ne semble pas en tout cas que de simples tempéraments changent le fond même du problème qui est celui de tout contrôle d'opportunité a priori.

Mais grâce à cet assouplissement, au moins pouvait-on penser que la mise en place du système allait permettre de régler ce problème, que c'était un premier pas vers la mise en oeuvre effective des ordonnances. C'est-à-dire en fait, vers la suppression de l'article 171 tel que rédigé. Or, si cet article fut effectivement réformé, par la loi de Finances pour 1972 et le décret du 24 décembre 1973, ce n'est pas dans cette direction.

2 - Le nouvel article L 171

Les dispositions actuelles de l'article L 171 résultent donc de la réforme effectuée par la loi de Finances pour 1972 dans son article 74 et

- (25) La tutelle sur les organismes de sécurité sociale, précité.
- (26) J. MOITRIER, op. cit. p. 192

du décret d'application du 24 septembre 1973 qui en précise et complète les dispositions. Le contenu en est modifié mais l'esprit en reste le même : "Les décisions des conseils d'administration des caisses primaires et régionales d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, des caisses d'allocations familiales, des unions de recouvrement sont soumises au contrôle du ministre chargé de la sécurité sociale. A cet effet, elles sont communiquées immédiatement au directeur régional de la sécurité sociale." Cette communication doit être accompagnée de tous documents permettant d'éclairer le sens et la portée des décisions prises. Ainsi, en particulier, doivent être joints les procès-verbaux des séances du conseil au cours desquelles elles ont été adoptées. Tous les délais prévus par l'article ne commencent à courir qu'à réception de ces documents.

On conserve donc l'ancien principe de la communication a priori des décisions. Il n'y aura donc pas d'allègement matériel des tâches des directions régionales. Toutes les décisions sont examinées en détail. Rien n'est changé sur ce point et c'était le point essentiel. Le principe reste donc posé d'un contrôle automatique a priori de toutes les décisions.

Le nouvel article L 171 dispose, en second lieu, que ses dispositions ne sont applicables qu'aux organismes du régime général. Les dispositions antérieures restent applicables aux autres régimes. En fait, il y a là confirmation de ce que l'essentiel de la réforme consiste dans l'introduction des caisses nationales dans le circuit de contrôle. Mais, nous le verrons, cette introduction n'accroît pas réellement leurs responsabilités, elle ne fait que compliquer et alourdir les procédures en introduisant des possibilités de blocage. Quoiqu'il en soit, cette juxtaposition de deux séries de dispositions applicables à deux secteurs est source de contradictions et démontre encore qu'il ne s'agit que de modifications de forme, mais non de fond. Les anciennes dispositions restent valables si elles ne sont applicables qu'au régime agricole, au régime de non-salariés et aux régimes spéciaux. L'esprit reste le même et seules les modalités d'application varient selon les régimes. Il y a là encore source de complexité peu rationnelle. Comme le note M. MOITRIER : "On trouve là encore un exemple de cette mauvaise technique législative qui consiste à ajouter successivement des plans de législation sans stratégie d'ensemble." (27).

Ainsi, d'ores et déjà, on peut voir qu'il n'y a pas de révolution dans l'esprit du texte. Toutes les décisions sont communiquées a priori,

- (27) MOITRIER, op. cit. p. 192.

l'ancien article 171 conserve toute sa valeur pour une partie importante des régimes de sécurité sociale, qui sont aidés par le régime général par les mécanismes de compensation. Comment considérer dans les faits que ces deux secteurs sont séparés ? Le décret de 1973 précise quelles sont les caisses nationales compétentes pour l'application des dispositions de l'article L 171. Ce sont bien sûr les caisses nationales, respectivement, pour les organismes composant la branche dont elles sont responsables. Il convient cependant de noter que sont exclues de la compétence de la C.N.A.M. et de la C.N.A.F., les décisions prises par les caisses primaires, caisses régionales et caisses d'allocations familiales, en matière de recouvrement des cotisations. Pour ces dernières c'est l'A.C.O.S.S. qui est compétente. L'union des caisses nationales est, pour sa part, subrogée à la caisse nationale compétente dans les matières où elle a reçu délégation des caisses nationales.

Les mécanismes posés par le nouvel article L 171 diffèrent selon qu'il s'agit du contrôle de légalité des décisions, du contrôle de l'opportunité financière qui est maintenu, cependant que de nouvelles modalités de contrôle des budgets sont instituées. L'idée générale en est que les caisses nationales compétentes sont introduites dans les mécanismes de contrôle a priori. Mais il est aisé de voir que les décisions finales reviennent aux pouvoirs publics ou que les mécanismes comportent un risque de blocage.

1° - Le contrôle de légalité

Nous l'avons vu, les décisions des conseils d'administration sont communiquées immédiatement au directeur régional de la sécurité sociale : "Dans les huit jours, celui-ci peut, dans le cas où les dites décisions lui paraissent contraires à la loi, en suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre qu'il saisit aux fins d'annulation. Le ministre en informe la caisse nationale compétente laquelle lui fait connaître le cas échéant son avis. Si la décision ministérielle n'intervient pas dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle le ministre a été saisi, la décision du conseil d'administration prend son entier effet." L'article L 171 prévoit également que le directeur régional peut soit annuler dans les huit jours, soit suspendre jusqu'à décision ministérielle intervenant dans les mêmes conditions, les décisions à caractère individuel qui sont contraires à la loi.

a - La légalité

a - La légalité

Les difficultés soulevées par l'expression "décisions contraires à la loi" sont graves et ont fait l'objet d'interprétations diverses et contradictoires. La décision d'annulation pour le tiers ne peut en effet faire l'objet d'un contentieux administratif.

Les pouvoirs publics ont pour leur part une conception très large du terme légalité. La circulaire du 7 mars 1968 indiquait en effet que la légalité consistait : "en la violation des lois, décrets et arrêtés, des prescriptions émanant des caisses nationales ou de l'agent central ainsi que des conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale." Mais cette conception extensive, qui semble logique, avait été retenue primitivement par la jurisprudence administrative. Le mot "loi" était entendu comme incluant les principes généraux du droit public et du droit des services publics. Ainsi le Tribunal administratif de Paris avait-il jugé en 1960 (28).

Cependant, des difficultés graves se sont posées à propos des décisions relatives à la situation des agents de la caisse fondées sur l'application de la convention collective en vigueur ou l'application du droit du travail. En raison de ces problèmes, le Conseil d'Etat a été amené à restreindre la notion de loi. L'arrêt "Pause" (29) précise que la méconnaissance de ces règlements de personnel, qui ont trait aux rapports des organismes de sécurité sociale avec leurs agents, et n'ont donc pas le caractère administratif, n'est "pas de nature à faire regarder une délibération comme contraire à la loi".

b - La procédure

Elle varie selon qu'il s'agit des décisions individuelles ou des décisions de portée générale.

En ce qui concerne les décisions de portée individuelle, le directeur régional peut les annuler, dans le délai de huit jours ou bien les suspendre et saisir le ministre et la procédure sera alors la même que pour les décisions générales.

- (28) T.A. Paris, 30 juin et 12 juillet 1960, Dr. soc. 1961.439, note J. BOULOUIS.
- (29) T.A. Paris, 1er février 1960 ; C.E. 30 novembre 1962, Pause, Dr. soc. 1963.248, note J. BOULOUIS.

Les décisions à portée générale, qu'elles proviennent des conseils d'administration ou des commissions, sont suspendues par le directeur régional et transmises au ministre lorsqu'elle paraissent contraires à la loi. Le ministre pourra en prononcer l'annulation dans le mois suivant la date où il aura été saisi. Sinon, la décision du conseil d'administration prend son entier effet. La nouveauté du système réside dans le fait que le ministre doit informer la caisse nationale compétente qui lui donnera éventuellement son avis sur la décision incriminée.

Deux remarques peuvent être faites sur ce mécanisme. Il est prévu tout d'abord qu'en vertu du décret du 29 novembre 1968, le ministre peut déléguer ses pouvoirs d'annulation aux préfets de région. (30) Cette délégation comporte un risque et est susceptible de remettre en question l'unité de doctrine d'une région à l'autre.

Il semble enfin surprenant et ambigü de prendre l'avis de la caisse nationale compétente. L'informer certes, présente des avantages et avant tout introduit un élément de concertation. Mais il ne revient en aucune façon aux caisses nationales de se prononcer sur le problème de la légalité. C'est le domaine type qui relève de l'autorité de tutelle et d'elle seule. Les ordonnances de 1967 étaient logiques sur ce point. Pourquoi demander aux caisses nationales leur avis sur la légalité dont c'est le ministre qui est et doit être le gardien ? Cette disposition semble par trop répondre à la volonté d'entretenir une illusion de responsabilité. Et nous allons voir que, au contraire, sur le point essentiel, la réforme n'apporte rien.

2° - Le contrôle de l'opportunité financière

Auparavant pouvaient être annulées les "décisions de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse". Désormais, la formulation est différente. Il s'agit de "décisions qui paraissent de nature à compromettre l'équilibre financier du régime".

L'expression traditionnelle avait été interprétée extensivement par le Conseil d'Etat comme visant l'équilibre financier du régime en raison de l'inexistence d'une autonomie financière véritable des caisses. C'est ce qui

- (30) Ce décret, par référence au décret du 14 mars 1964 sur la déconcentration a prévu la possibilité, pour le ministre chargé de la sécurité sociale et éventuellement le ministre des Finances, de déléguer aux préfets de région certains de leurs pouvoirs de tutelle sur les organismes de sécurité sociale: Agrément ou refus d'agrément des agents de direction et agents comptables, approbation de la modification des statuts des organismes, annulation des décisions de portée générale.

ressort d'un arrêt ROMMEL du 8 janvier 1954 (31). Il s'agissait en fait des décisions aux incidences financières fâcheuses, inopportunes sur le plan financier. Soit un éventail très large et un pouvoir très important conféré aux autorités de tutelle.

Nous avons vu que, par des circulaires importantes, le ministre chargé de la sécurité sociale avait recommandé sinon l'abandon, du moins un usage très modéré de ce second motif d'annulation. Les ordonnances de 1967 ayant confié aux caisses nationales la responsabilité de l'équilibre financier des risques, on pouvait penser que la mise en place de la réforme amènerait la suppression de ce contrôle d'opportunité. (32)

a - Les décisions inopportunes

Sont désormais visées par le second motif d'annulation, les décisions paraissant de nature à compromettre "l'équilibre financier des risques". L'expression n'a pas manqué de soulever des remarques. Elle semble en effet ambigüe et ne viser que la gestion des risques, c'est-à-dire l'équilibre des prestations et des cotisations, à l'exclusion des autres gestions : gestion administrative particulièrement.

On en voit mal la raison alors que l'ancien article 171 pouvait être appliqué à toutes les décisions. Le décret de 1973 n'apporte d'ailleurs aucune précision à cet égard.

b - le mécanisme du contrôle

La nouvelle procédure introduit des éléments de complexité importants sans réellement modifier le fond et l'esprit du texte.

A l'actif de la nouvelle rédaction, portons le fait que le directeur régional ne peut que suspendre, dans le délai de huit jours, les décisions des conseils d'administration qui lui paraissent inopportunes. Il notifie

- (31) C.E. 8 janvier 1954, ROMMEL, Dr. soc. 1954.246, concl. LETOURNEUR.
- (32) "Lorsque la responsabilité des conseils d'administration jouera pleinement dans le cadre des dotations, il sera sans doute possible d'alléger encore le contrôle a priori", Circ. du 21 mars 1968. Certes M. JEANNENEY prévoyait d'alléger la tutelle et non de la supprimer, mais c'était une évolution appréciable.

cette suspension à la caisse intéressée. Il appartient alors à celle-ci de procéder à une seconde délibération. Si elle maintient la décision suspendue, elle saisit la caisse nationale compétente. Celle-ci "confirme ou infirme la décision de la caisse." On voit donc ici nettement la volonté de confier à la caisse nationale compétente les responsabilités qui sont les siennes dans l'équilibre financier des risques. Le directeur régional perd le pouvoir d'annuler directement les décisions des caisses locales et c'est la caisse nationale qui décide après une seconde délibération.

Mais, outre la confirmation de la communication nécessaire a priori de toutes les décisions des caisses, le texte confirme la surveillance très étroite exercée par l'administration sur la gestion des risques : contrôle de légalité et contrôle d'opportunité.

En outre, le texte ne fixe pas de délai à la caisse nationale : "La décision demeure suspendue tant que le conseil d'administration ne s'est pas explicitement prononcé." Cette première condition fait apparaître un risque de blocage. Si la caisse nationale ne se prononce pas, la décision reste suspendue.

De plus, le texte de l'article L 171 rappelle explicitement une deuxième condition qui lève très clairement toute ambiguïté : la décision demeure suspendue tant que la délibération du conseil d'administration de la caisse nationale "n'est pas devenue définitive conformément à l'article 64 de l'ordonnance 67-706 du 21 août 1967". Cette disposition nous semble très révélatrice de l'esprit du texte. Elle montre bien, en clair, que la décision finale relève purement et simplement des ministres de tutelle qui disposent d'un droit de veto absolu. Il n'y a rien de changé en fait sur le fond. On a introduit des complications supplémentaires en paraissant donner aux caisses nationales une large responsabilité, celle qui leur revient d'après l'ordonnance, tout en rappelant fermement que c'est le ministre qui décide.

Le mécanisme est donc long : décision de la caisse, suspension par le directeur régional, seconde délibération de la caisse qui maintient sa décision, saisine de la caisse nationale qui confirme, enfin décision du ministre de tutelle dont il n'est pas exclu de penser qu'il ne voudra pas désavouer la décision du directeur régional.

En clair cette nouvelle rédaction rappelle la hièrarchie existant entre les caisses locales et les caisses nationales et rappelle que c'est l'administration qui a le dernier mot. Ainsi, ou bien la procédure est bloquée ou bien elle est compliquée et ne change rien au fond même si on veut bien associer les caisses nationales mais non leur confier la responsabilité de la décision.

Sur ces deux chefs d'annulation, légalité et opportunité, le nouvel article L 171 apporte des modifications de forme, non de fond. Bien plus, comme le dit M. MOITRIER :"Ce nouvel article, au contraire, maintient intact tout le contrôle a priori, avec les deux chefs d'annulation, la légalité à laquelle on intéresse curieusement les organismes nationaux, et l'opportunité financière, pour laquelle on semble négliger au contraire leur responsabilité." (33)

B - Les contrôles budgétaires sur les organismes locaux

A tous les stades de l'élaboration budgétaire et de la décision budgétaire, l'administration intervient et contrôle la procédure. De nombreux textes lui confèrent tous les pouvoirs nécessaires. Le contenu des budgets doit se conformer à nombre de règles posées notamment par les décrets du 30 juin 1959, du 12 mai 1960, du 5 décembre 1964, et du 13 juillet 1971. (34) Les opérations financières et comptables des directeurs et des agents comptables sont ainsi minutieusement règlementées et relèvent bien plus de la comptabilité publique que de la comptabilité privée. Mais notre propos est ici d'analyser les différentes formes de contrôle par lesquelles les autorités de tutelle surveillent l'élaboration et la décision budgétaire.

1 - Le contrôle des ressources : les dotations

Quoique, nous l'avons vu, la détermination et l'action des ressources aux caisses locales soient de la compétence des caisses nationales, les autorités de tutelle exercent un contrôle précis sur le système.

- (33) MOITRIER, op. cit. p. 193.
- (34) Décret 59-819, 30 juin 1959, J.O. 10 juillet 1959, p. 6878 ; Décret 60-452, 12 mai 1960, D. 1960.181, B.L.D. 1960.371 ; Décret 64-1221, 5 décembre 1964, J.O. 11 décembre 1964, p. 11045 ; Décret 71-638, 13 juillet 1971, J.O. 1er août 1971.

Des arrêtés conjoints du ministre du Travail et du ministre de l'Economie et des Finances fixent en effet les modalités de répartition entre les caisses locales des ressources de chaque gestion.

Il a déjà été question plus haut des modalités de calcul et de répartition des dotations entre les caisses locales. Or il convient de faire un certain nombre de remarques.

Les modalités d'octroi des dotations, dont nous avons vu l'évolution et la complexité, représentaient dans les ordonnances de 1967, une des responsabilités majeures confiées aux caisses nationales. M. JEANNENEY confirmait d'ailleurs en 1968 que la normalisation du système d'octroi des dotations devait logiquement entraîner l'abandon par les pouvoirs publics du contrôle de l'opportunité financière sur les décisions des caisses. Autrement dit, grâce à la mise au point des mécanismes de financement des budgets des organismes locaux, les caisses nationales devaient être à même d'exercer totalement la responsabilité financière sur leurs branches respectives. Encore fallait-il leur laisser le bénéfice de la décision. Encore fallait-il les laisser normaliser et mettre au point le système d'attribution des dotations. Par ce moyen, les caisses nationales auraient été à même de contrôler et harmoniser l'ensemble de leurs branches respectives.

Or qu'en a-t-il été ?

Dans un premier temps, les modalités de détermination des dotations pour les risques n'ont pu être mises au point. Et à vrai dire, elle n'auraient eu d'intérêt que si les caisses nationales avaient réellement en prise sur les décisions fondamentales : taux des cotisations et montant des prestations. N'ayant aucun pouvoir en la matière, le montant des prestations étant indépendant de l'action des caisses et du montant des cotisations encaissées, la fixation des dotations n'a que peu de signification en ce qui concerne le risque.

En ce qui concerne les autres dépenses : gestion administrative, action sanitaire et sociale, une évolution s'est produite que nous avons relevée. Dans un premier stade, les différentes caisses nationales ont mis au point des formules paramétriques, parfois très lourdes et complexes. Mais les arrêtés ministériels fixant le montant des dotations étaient pris longtemps après le début de l'exercice (35) otant par là même toute signification au principe de l'octroi d'une

- (35) Par exemple : A. 13 juillet 1977 fixant la dotation d'action sanitaire et sociale des C.A.F. pour 1977, J.O.N.C. 12 août 1977, p.4983

dotation. Comment établir valablement un budget dont on ne connait pas les ressources ?

En fait il semblait que les pouvoirs publics voulaient par-là amener les organismes à renoncer au principe de l'octroi d'une dotation, c'est-à-dire à une de leurs responsabilités essentielles en matière de financement de leur branche. C'est ce qui s'est d'ailleurs effectivement produit en matière de gestion administrative. Dès 1973 pour les caisses primaires d'assurance maladie, en 1976 pour les caisses régionales et enfin en 1977 pour les caisses d'allocations familiales, une nouvelle procédure a été instituée, qui se prête mieux au contrôle, en ce qu'elle institue un examen a priori par les caisses nationales des budgets de gestion administrative. Il y a donc désormais un double contrôle a priori : par les caisses nationales et par les pouvoirs publics. Ce que nous allons voir ci-dessous.

Ceci ne vise pas les budgets d'action sanitaire et sociale pour lesquels la procédure des dotations est maintenue, dotations décidées par les ministères de tutelle et notifiées aux caisses dans un délai variable après le début de l'exercice ainsi que le montrait l'exemple précité.

2 - L'approbation des budgets

Il ne s'agit pas ici des prestations qui font l'objet d'états prévisionnels et non de budgets. Ceux-ci sont soumis, en tant que décisions des conseils d'administration, aux contrôles de légalité et d'opportunité de l'article L 171 du code de sécurité sociale.

Mais ce même article L 171 soumet à l'approbation du directeur régional les budgets établis par les caisses primaires et régionales d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales et les Unions de recouvrement, sauf si ces budgets font déjà l'objet d'une approbation particulière. Le décret de 1973 est venu préciser quels étaient exactement les budgets concernés. Il s'agit des budgets de gestion administrative, des budgets des établissements gérés par les organismes de sécurité sociale, ainsi que des budgets d'action sanitaire et sociale des caisses primaires et des caisses d'allocations familiales.

Ces budgets ne deviennent donc exécutoires qu'après avoir été approuvés par le directeur régional. La situation est donc assez complexe.

En ce qui concerne les budgets d'action sanitaire et sociale tout d'abord, le décret du 5 avril 1968 soumet formellement à l'approbation de la C.N.A.M. les seuls budgets établis par les caisses régionales. Ceux-ci sont simplement communiqués au directeur régional. Les budgets d'action sanitaire et sociale des caisses primaires et des caisses d'allocations familiales ne sont soumis à l'approbation de la caisse nationale compétente que si celle-ci le leur impose pour l'année suivante, en fonction des renseignements recueillis sur la situation de la caisse. Sinon c'est donc le directeur régional qui procède à leur approbation.

En ce qui concerne d'autre part les budgets de gestion administrative, il faut distinguer deux phases. Jusqu'à l'adoption des nouveaux modes d'établissement des dotations, et la remarque est valable pour les budgets d'action sanitaire et sociale, l'approbation par le directeur régional portait essentiellement sur les budgets de dépenses puisque les recettes n'étaient jamais connues au moment de l'établissement des budgets. Depuis lors, cette approbation préalable complète parfaitement le contrôle a priori des budgets.

Voici par exemple la procédure d'adoption des budgets des caisses d'allocations familiales pour 1977, qui montre bien ce contrôle (36). Dans un premier temps la C.N.A.F. calcule l'enveloppe nécessaire au financement des dépenses de gestion des caisses et la propose aux ministères de tutelle. Ceux-ci en arrêtent le montant. Puis la caisse nationale notifie à chaque caisse sa dotation théorique, en fonction de quoi celle-ci établit un projet de budget. Celui-ci est adressé à la direction régionale et à la caisse nationale. La direction régionale fait connaître son avis à la caisse nationale. Celle-ci examine le projet et notifie son accord à la caisse et à la direction régionale. Enfin cette dernière procède à l'approbation du budget.

Quant aux budgets de prévention des accidents du travail des caisses régionales, ils sont soumis à l'approbation de la caisse nationale d'assurance maladie. On voit donc la lourdeur de la procédure et surtout l'intervention systématique et à chaque instant de l'autorité de tutelle ou de son représentant.

La variété des procédures d'adoption des divers budgets semble bien peu obéir à la logique et à une volonté cohérente. Seule est évidente

- (36) Bull. C.A.F. 1977, p. 20, n° 2.

la volonté de renforcer le contrôle sur les organismes locaux. Les dispositions visées ci-dessus marquent encore l'abandon des intentions qui pouvaient présider aux circulaires de 1969 et 1969. On voit mal comment cette approbation pourrait se concilier avec les responsabilités financières effectives des caisses nationales. Le cas de l'assurance maladie est caractéristique et on comprend mal la logique qui permet de concilier le décret de 1968 sur l'action sanitaire et sociale et l'article L 171. Le contrôle par le directeur régional est la règle et le contrôle par les caisses nationales l'exception qui ne vient que compléter et éventuellement suppléer le premier.

Il reste à préciser que cette procédure est applicable aux budgets rectificatifs comme aux budgets primitifs.

3 - Inscription d'office et substitution

L'autorité de tutelle ou son représentant disposent également du pouvoir classique d'inscription d'office ou de substitution. Il s'agit là de pouvoirs normaux concernant la procédure ou les dépenses obligatoires et qui appellent peu de commentaires.

L'article 28 du décret du 12 mai 1960 dispose que le ministre ou son représentant peuvent établir d'office, avec les modifications nécessaires, les budgets qui n'auraient pas été votés au 1 janvier. Il s'agit des budgets de gestion administrative, d'action sanitaire et sociale, de la prévention ou du contrôle médical, qui deviennent dès lors limitatifs. Cette adoption-sanction qui vise à pallier une carence éventuelle des conseils d'administration est tout à fait conforme au principe de la tutelle.

Il en est de même pour le pouvoir d'inscription d'office que reconnait l'article 29 du même décret au ministre ou à son représentant. Si le conseil d'administration refuse ou omet d'inscrire aux budgets précités les crédits nécessaires pour la couverture des dépenses obligatoires, ils sont inscrits d'office.

Tout au plus peut-on noter qu'aux termes des textes de 1967 (article 20 du décret 67-1230 entre autres) la caisse nationale s'est vu reconnaître également un pouvoir de substitution. Donc sinon une concurrence, du moins une confusion dans les principes. Deux autorités de tutelle contrôlent en fait les

caisses locales. A des stades différents mais proches. En fait les pouvoirs des caisses nationales, non précisés par décrets, ne sont pas utilisés.

Divers autres cas de substitution ou injonction sont prévus par les textes. L'article 180 du code de la sécurité sociale donne au directeur régional le pouvoir d'ordonner à l'agent comptable l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette à caractère obligatoire. En vertu de l'article 19 alinéa 3 du décret du 12 mai 1960, l'agent comptable ou un agent de direction peut être suspendu, au cas d'urgence.

Il s'agit donc là de procédés de tutelle dont l'importance et la gravité sont très grandes, aussi ne sont ils possibles qu'en vertu d'un texte exprès. Le Conseil d'Etat a d'ailleurs eu l'occasion de préciser qu'en l'absence de texte, l'ingérence de l'autorité de tutelle serait constituée d'un excès de pouvoir et même d'une faute lourde engageant la responsabilité de l'Etat : Conseil d'Etat, 10 juillet 1957 Rec. p. 497.

4 - L'article L 171 prévoit enfin que le directeur régional peut annuler dans le délai d'un mois les décisions des conseils d'administration qui entrainent un dépassement des autorisations budgétaires. A cet égard, le décret de 1973 en son article 6, dispose que ces décisions doivent obligatoirement mentionner l'origine ces crédits affectés au financement des dépenses nouvelles et indiquer leur incidence éventuelle sur les comptes présentant un caractère limitatif.

Comme le remarque M. MOITRIER, cette disposition est étonnante "car elle fait totalement fi des pouvoirs des agents comptables au niveau local et de ceux des caisses nationales qui détiennent les enveloppes financières." (37) En fait, elle complète l'arsenal important des pouvoirs du directeur régional sur les décisions des caisses locales.

Nous venons de voir l'étendue des contrôles a priori et parfois leur manque de cohérence dû à leur multiplication. Les contrôles a posteriori sont beaucoup moins étendus et relèvent essentiellement de la Cour des Comptes.

- (37) J. MOITRIER, op. cit. p. 193.

Section 2 - Les contrôles financiers

Il s'agit de contrôles de régularité qui interviennent en cours d'exécution ou a posteriori, et qui portent sur les comptes des organismes. Nous n'analyserons pas dans le détail diverses sortes de contrôles qui ne sont pas spécifiques à la sécurité sociale et qui ont fait l'objet d'études multiples. La sécurité sociale est ainsi contrôlée par l'inspection générale des finances, les trésoriers-payeurs généraux et receveurs des finances. Ces contrôles vérifient la régularité de la gestion et de la situation financière des caisses, l'application de l'ensemble des dispositions qui s'imposent aux caisses.

Rappelons des points essentiels. Les caisses nationales sont des établissements publics qui obéissent aux règles de la comptabilité publique. Leurs comptables sont des comptables publics. Mais les caisses locales sont des organismes privés. Elles ne connaissent pas pour autant l'indépendance des organismes privés et sont soumises à un ensemble d'impératifs et de règles analogues à celles du droit public. Contrôles des pouvoirs publics et contrôle des caisses nationales ou direction des caisses nationales leur imposent un régime très voisin de celui des établissements publics.

Quant au Parlement, il ne contrôle pas la sécurité sociale. Tout au plus est-il informé de la situation financière des divers régimes à travers certains documents que le gouvernement est tenu de disposer au moment du vote de la loi de finances. Mais les parlementaires n'ont ni le temps ni les moyens de procéder à un examen de détail. Seules les grandes perspectives se dégagent du budget social. (38)

- (38) Cf. plus haut p.192 .

Deux organismes procèdent essentiellement à ce contrôle a posteriori : la Cour des Comptes et les comités départementaux d'examen des comptes (C.O.D.E.C.). Les seconds fonctionnant sous la surveillance de la Cour des Comptes.

I - Le contrôle par les comités départementaux d'examen des comptes (C.O.D.E.C.)

Aux termes de l'article 43 du décret du 20 septembre 1968 relatif à la Cour des Comptes, "Les comptes annuels des organismes de sécurité sociale sont vérifiés sous la surveillance de la Cour des Comptes, par des comités départementaux d'examen présidés par le trésorier-payeur général ou son représentant." L'examen des comptes des organismes de sécurité sociale a fait ensuite l'objet du décret du 26 novembre 1968 (39).

Avant le 1 avril qui suit la clôture de l'exercice, les organismes de sécurité sociale sont tenus d'adresser au secrétariat du comité départemental compétent les comptes annuels. Ceux-ci comprennent la balance générale des comptes à la clôture de l'exercice, les comptes d'exploitation et les comptes de pertes et profits, les autres comptes de résultats, ainsi que le bilan et tous les états de développement nécessaires. Doivent être également adressés les rapports des commissions de contrôle interne des organismes.

Avant le 1 juillet suivant la fin de l'exercice, doivent être transmis également les rapports des agents du Trésor et des services de contrôle des ministères de tutelle sur les comptes en cause.

Les organismes de sécurité sociale sont en outre tenus de fournir au comité, sur sa demande, tous documents, justifications et compléments d'information nécessaires.

Le comité procède alors à la vérification des dits comptes. Il formule ensuite un avis motivé comportant les propositions sur l'approbation des comptes et les observations sur la gestion financière de l'organisme.

Cet avis est transmis à l'autorité de tutelle et communiqué également au procureur général près de la Cour des Comptes, au président du conseil d'administration, aux agents de direction et à l'agent comptable de l'organisme.

- (39) Décret 68-1060, 26 novembre 1968, J.O. 30 novembre 1968.

L'autorité de tutelle statue alors sur l'approbation des comptes mais il est prévu qu'une seconde vérification peut être effectuée par la Cour des Comptes (40) selon des modalités que nous examinerons plus loin.

Au vu de l'avis du comité, l'autorité de tutelle peut prononcer ou refuser l'approbation des comptes, elle peut mettre en cause la responsabilité des agents de direction ou de l'agent comptable et appliquer les sanctions prévues par les textes.

La décision est transmise à la Cour, avec mention des raisons pour lesquelles les réserves formulées par le Comité ont été levées ou pour lesquelles son avis n'a pas été suivi. La décision est accompagnée d'une copie de l'avis du comité avec la date à laquelle il a été transmis à l'autorité compétente.

En outre les C.O.D.E.C. sont tenus de rédiger annuellement un rapport d'ensemble sur les organismes qui dépendent d'eux. Ces rapports résument leurs observations sur la gestion financière des organismes de leur ressort. Ces documents doivent parvenir à la Cour avant le 31 décembre de l'année suivant celle qui fait l'objet de la vérification.

Une circulaire du 26 novembre 1964 avait d'ailleurs précisé le rôle exact des C.O.D.E.C. Ils sont chargés particulièrement de vérifier la sincérité des écritures et d'analyser chaque année, un nombre limité de questions précises sur lesquelles la juridiction a appelé leur attention. Ainsi sur l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale et ses divers aspects, en 1969, 1970 et 1971. Ainsi encore sur les recouvrements des créances des organismes de sécurité sociale en 1969. Ou encore sur l'organisation des services comptables, en 1971.

Les travaux des C.O.D.E.C. sont donc la base des contrôles a posteriori des comptes des organismes de sécurité sociale. Il convient de rappeler que ces comités ne sont que consultatifs et formulent des avis. La décision revenant en définitive à l'autorité de tutelle.

La Cour des Comptes a maintes fois rendu hommage au travail des C.O.D.E.C. depuis leur création en 1961. (41) Ainsi dans son rapport sur 1968,

- (40) Décret du 20 septembre 1968, article 44, Cf. ci-dessous, p. 243.
- (41) Cf. rapports de 1966, 1968, 1969, 1970, 1971.

peut-on lire que "les C.O.D.E.C. (...) apparaissent comme un précieux moyen de contrôle, d'information et de suggestions à la disposition des autorités de tutelle. En dépit du rôle purement consultatif qu'ils exercent sous la surveillance de la Cour, les avis qu'ils émettent et les rapports annuels qu'ils établissent contiennent des indications et des recommandations d'autant plus intéressantes que leurs vérifications s'étendent à l'ensemble des organismes de sécurité sociale."

La Cour des Comptes a d'autre part relevé que les avis des C.O.D.E.C. sont en majorité favorables. Ainsi entre 1961 et 1966, seuls 37 avis défavorables ont été émis. (42) De même, les demandes de seconde vérification dont la Cour n'a eu à connaître que six fois dans la même période, quatre provenant d'ailleurs de dirigeants d'organismes de non-salariés.

II - Le contrôle de la Cour des Comptes

Depuis la loi du 31 décembre 1949, la Cour des Comptes exerce son contrôle sur les organismes de sécurité sociale. La loi du 22 juin 1967 et le décret du 20 septembre 1968 réformant la Cour des Comptes ont repris, en les complétant et avec des modifications de détail les dispositions de la loi de 1949 et du décret d'application du 8 mai 1950.

Le principe de ce contrôle est posé par l'article 1 de la loi de 1967 en son dernier alinéa : "Elle contrôle les institutions de la sécurité sociale." Mais il faut préciser que le contrôle est différent selon qu'il s'agit des caisses nationales ou des organismes locaux.

1 - Le contrôle des caisses nationales

Les caisses nationales étant des établissements publics administratifs, sont soumises en tant que telles au contrôle de la Cour des Comptes. C'est-à-dire qu'elles subissent un contrôle juridictionnel portant sur les comptables qui sont des comptables publics.

2 - Le contrôle administratif sur les organismes de sécurité sociale

Selon les textes de 1967 et de 1968, en particulier le titre IV du décret de 1968, la Cour contrôle l'ensemble des activités des organismes de sécurité sociale et des résultats obtenus. Ce contrôle est exercé dans l'ensemble

- (42) Rapport sur 1966.

dans les mêmes conditions que le contrôle administratif normal exercé par la Cour. (43) Mais il est à noter également que la Cour surveille la vérification des comptes annuels des organismes de sécurité sociale et qu'elle peut en particulier procéder à une seconde vérification.

a - Le contrôle général

La Cour procède à des "enquêtes générales ou particulières" (44). Mais ce contrôle ne concerne pas seulement les organismes de sécurité sociale eux-mêmes. Il est en effet prévu que la Cour des Comptes pourra contrôler l'emploi des concours financiers accordés par les organismes de sécurité sociale à des institutions, oeuvres ou groupements quels que soient la forme, les modalités et le montant de ce concours (45).

Dans l'exercice de sa tâche la Cour va disposer de moyens étendus. C'est ainsi que les ministres de tutelle de la sécurité sociale lui adressent périodiquement le relevé des contrôles, enquêtes et vérifications effectués par leurs agents. Les organismes doivent également présenter aux magistrats de la Cour leurs caisse, portefeuilles et valeurs de toute nature. La Cour pouvant d'ailleurs demander le concours de fonctionnaires des administrations de contrôle et de tutelle, dans l'exercice de sa mission.

Les observations faites par la Cour sont communiquées à l'autorité de tutelle ainsi qu'au président du conseil d'administration de l'organisme intéressé. Ce dernier sera tenu de faire connaître, à la Cour et à l'autorité de tutelle, les suites données par le conseil d'administration aux observations formulées. Les procès-verbaux des délibérations correspondants seront fournis à cet effet.

Les observations de la Cour des Comptes sont publiées dans le rapport annuel au Président de la République. Une analyse de la situation financière du régime général et des perspectives d'évolution est accompagnée parfois d'études particulières sur tel ou tel point. Par exemple sur l'organisation de l'assurance vieillesse et son fonctionnement (46). Ou bien encore le recouvrement des cotisations, problème très souvent abordé par la Cour. (47)

- (43) Cf. FABRE, les dispositions du décret du 20 septembre 1968, R. Adm. 1968, n° 126.722 ; DIQUAL, Droit de la comptabilité publique, Coll. U, 1971,p. 198.
- (44) Décret du 20 septembre 1968, article 41.
- (45) Décret du 20 septembre 1968, article 39.
- (46) Rapport public sur 1974, p. 103.
- (47) Rapports sur les années 1965, 1966, 1967, 1968.

Les observations sont accompagnées des réponses des ministres de tutelle sur les différents problèmes soulevés.

L'ensemble constitue un élément de référence très utile sur les problèmes financiers du régime général. Ainsi la Cour relève-t-elle pratiquement tous les ans la nécessité d'une réforme et la permanence des causes du déficit du régime général.

b - La seconde vérification des comptes des organismes de sécurité sociale

La Cour des Comptes peut être amenée à effectuer une seconde vérification. Elle peut se saisir d'office dans le cadre de sa compétence d'ordre public. Elle peut également être saisie sur réquisition du procureur général après en avoir informé le ministre de tutelle compétent. (48) Elle peut être saisie sur la demande du président du conseil d'administration de l'organisme, ou sur la demande des agents de direction dont la nomination est subordonnée à l'agrément ministériel ou de l'agent comptable, lorsque la responsabilité de ces derniers peut être mise en cause en raison des faits relevés au cours de la première vérification.

La demande est faite par requête au procureur général près la Cour des Comptes, par l'intermédiaire du ministre de tutelle. doit intervenir ainsi d'ailleurs que la décision de la Cour de procéder à cette seconde vérification, dans un délai de trois mois après communication de l'avis du comité départemental. Lorsqu'une demande est faite, l'affaire est confiée à un rapporteur qui disposera des mêmes pouvoirs que les magistrats de la Cour.

c - Les conséquences du contrôle de la Cour

Exception faite du contrôle sur les caisses nationales, qui est juridictionnel, il n'appartient qu'au ministre de tutelle de prendre une décision.

Lorsqu'une seconde vérification n'a pas été provoquée, le ministre de tutelle peut, au vu de l'avis du comité départemental, prononcer ou refuser l'approbation des comptes. Il peut mettre en cause la responsabilité des agents de direction ou de l'agent comptable et appliquer les sanctions prévues.

- (48) Décret du 20 septembre 1968, article 44.

Il informe la Cour de sa décision avec mention, s'il y a lieu, des raisons pour lesquelles les réserves formulées par le comité ont été levées ou pour lesquelles son avis n'a pas été suivi. (49)

Lorsqu'une seconde vérification a été demandée ou décidée, la Cour étudie les conclusions du rapporteur et formule un avis qui est adressé par le procureur général au ministre de tutelle, au ministre de l'Economie et des Finances et à l'agent concerné. Les ministres de tutelle sont seuls compétents pour statuer, au vu de cet avis, sur l'approbation des comptes. Ils doivent porter leurs décisions à la connaissance de la Cour en indiquant les raisons pour lesquelles son avis ou ses réserves n'ont pas été suivis. (50)

En vertu de l'article 47 du décret du 20 septembre 1968, la Cour peut demander aux autorités de tutelle de mettre en jeu la responsabilité des agents de direction ou de l'agent comptable des organismes contrôlés. Elle est informée des sanctions prononcées.

Enfin, la Cour reçoit tous les ans de chaque comité départemental un rapport d'ensemble sur la gestion des organismes contrôlés et sur les questions sur lesquelles la Cour avait demandé de faire porter spécialement les vérifications. Ces rapports permettant à la Cour d'établir son rapport public au chef de l'Etat et de demander la mise en jeu de la responsabilité des agents des organismes.

Ainsi ces contrôles a posteriori, ne permettent à la Cour que de demander des sanctions. La décision revient en définitive aux ministres de tutelle qui contrôlent ainsi le régime général à tous les stades de la décision et de l'exécution.

- (49) Art. 6, Décret 26 novembre 1968.
- (50) Art. 7, Décret 26 novembre 1968.

En conclusion de cette étude sur l'organisation financière du régime général, ce qui semble fondamental c'est que ce régime est contrôlé de façon extrêmement détaillée. Les pouvoirs publics considèrent le régime général comme un service public et s'il n'est pas étatisé en droit, si les organismes de sécurité sociale restent des organismes de droit privé, il est en fait étatisé. Si on comprend qu'une telle masse financière ne puisse être gérée sans contrôle, on comprend moins que soit entretenue la fiction de l'autonomie et de l'indépendance du régime général. Celui-ci est considéré comme intégré dans les faits aux finances publiques. Les décisions essentielles sont le fait des pouvoirs publics et le fonctionnement en est surveillé de façon très étroite. Mais ce régime de liberté étroitement surveillée entretient l'illusion de l'indépendance et s'accompagne d'une absence grave de politique réfléchie et cohérente. Au nom de l'autonomie du régime, on évite de définir une politique à long terme et globale contraignante. Mais les contraintes que l'on fait porter sur le régime dépassent les limites compatibles avec cette autonomie de principe.

Au nom du principe selon lequel le prélèvement social doit être considéré globalement, on admet qu'il ne peut être augmenté indéfiniment et on sacrifie tout naturellement les prestations familiales au profit du déficit de l'assurance maladie. La situation est ainsi figée depuis longtemps et le problème traité dans un cadre dont les données n'ont pas varié depuis vingt ans. A force de replâtrages, de transferts de cotisations et d'augmentation de ces cotisations, on apporte des remèdes provisoires à des problèmes dont la gravité augmente chaque année.

Ainsi cette fiction de l'autonomie apparait à la fois comme une gêne considérable et comme un alibi pour ne pas agir. Il vaudrait mieux choisir clairement : revenir à l'indépendance réelle et en créer les conditions de responsabilité des organismes ou mettre le droit en accord avec les faits et étatiser le régime général et la sécurité sociale dans son ensemble puisque l'harmonisation et la couverture généralisées sont prévues pour 1978.

Nous emprunterons les termes de la conclusion à M. LAROQUE : "A partir du moment où l'on supprime toute condition d'activité professionnelle pour bénéficier de la sécurité sociale, (...) il n'y a plus aucune justification à confier la gestion des institutions aux représentants d'organisations professionnelles dont la base est nécessairement liée à la profession.

De même sur le plan financier, à partir du moment où entrent dans la sécurité sociale des hommes et des femmes, des familles qui n'ont pas de revenus professionnels, il faudra bien les faire cotiser sur autre chose que les revenus professionnels, sur l'ensemble de leurs revenus et à ce moment là, pourquoi eux seuls et pas les autres ? C'est tout le mécanisme de financement de l'institution qui est en cause." (1)

- (1) Bull. C.A.F. 1976. n° 4, p. 11.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

DEBRAY J.R. — Sécurité sociale : évolution ou révolution ? P.U.F.

DI QUAL L. — Droit de la Comptabilité publique. Armand Colin ("U"), 1971.

DUPEYROUX J.J. — L'évolution des systèmes de sécurité sociale des pays membres des Communautés européennes et de la Grande-Bretagne. (Etude pour la C.E.C.A.), 1968.

— Droit de la sécurité sociale. Dalloz, 1975.

DURAND P. — La politique contemporaine de sécurité sociale. 1953.

GETTING A. — La sécurité sociale. P.U.F. ("Que sais-je ?"), 1973.

GRANDJEAT P. — La santé gratuite. Seuil ("Société"), 1965.

HERMAND P. — L'avenir de la sécurité sociale. Seuil, 1967.

INSTITUT INTERNATIONAL DE FINANCES PUBLIQUES. Finances publiques et sécurité sociale. Congrès de TURIN, Septembre 1968.

JAMBU-MERLIN R. — La sécurité sociale. Armand Colin ("U"), 1970.

LAJUGIE J. — La sécurité sociale. Bourrelier ("Perspectives humaines"), 1948.

LALUMIERE P. — Les Finances publiques. Armand Colin ("U"), 1973.

MELENNEC — Le régime général de sécurité sociale. Delmas, 1970

VOIRIN — Les organes de sécurité sociale et leurs pouvoirs. L.G.D.J. 1961.

ARTICLES

BARGETON M. ZIEGLER A. "Historique des ministères sociaux", R.F.A.S. 1, 1971, p.59.

BARJOT A. — "L'évolution de la sécurité sociale (juin 1960 - juin 1966)", R.F.A.S. 2, 1971, p. 61.

BING J. — "La réforme de 1967", Q.S.S., 1967, p. 232.

- "Vers l'harmonisation et l'unification des régimes de sécurité sociale", Q.S.S., 1965, p. 168.
- "Une histoire de fous : la place de la sécurité sociale dans les structures gouvernementales", Q.S.S., 1974, p. 169.
- "Démographie et sécurité sociale", Q.S.S., 1976, p. 24.

BOISARD P. "Mise en place et fonctionnement de la Caisse nationale des allocations familiales", R.F.A.S. 2, 1971, p. 121.

BOULIN R. "La France a-t-elle une politique de la santé ?", Le Monde, 1 septembre 1971.

CAIRE G. "La sécurité sociale à l'heure du choix", Economie et humanisme, Septembre 1967, p. 52.

CHAUVET J. "L'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse", Dr. Soc., mai 1975, p. 322.

DELARBRE H. - LOMBARDOT M. "Réflexions sur la tutelle administrative", R.F.A.S. 1, 1971, p. 19.

DERLIN M. "La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés", R.F.A.S. 2, 1971, p. 101.

DOUBLET J. "La sécurité sociale et son évolution (octobre 1951 - juin 1960)", R.F.A.S. 2, 1971, p. 27.

DUMONT J-P. "En plein quiproquo", Le Monde, 10 novembre 1970.
- "La démographie et la sécurité sociale : les injustices d'une bonne formule", Le Monde, 28/29 octobre 1973.
- "Une histoire agitée", Le Monde, 19 décembre 1973.
- "La sécurité sociale : qui va payer ?, Le Monde - Dossiers et documents, février 1976.
- "Pour un véritable effort national", Le Monde - Dossiers et documents, février 1976.

DUPEYROUX J.J. "Puisque les évènements nous dépassent, feignons de les organiser", Le Monde, 10 novembre 1970.
- "Faut-il étatiser la sécurité sociale ?", Le Monde, 1 février 1973.
- "Sécurité sociale : adapter la nature des ressources à celle des dépenses", Le Monde, 21 septembre 1976.
- "La politique familiale à la dérive", Le Monde, 29-30 mai 1977.
- "Des réformes à contre-sens", Le Monde, 31 mai 1977.

FABRE F.J. "Les dispositions du décret du 20 septembre 1968", R. Adm., 126, 1968, p. 722.

GALLAS J. "Le financement de la sécurité sociale", Dr. soc., 1950, p. 430.

GIROD I. "De la précaution inutile au déficit indispensable", Dr. Soc., 1953, p. 559.

GUILLAUME M. "L'évolution de la sécurité sociale. Période 1966-1970", R.F.A.S. 2, 1971, p. 81.

LAROQUE P. "La sécurité sociale de 1944 à 1951", R.F.A.S. 2, 1971, p. 11.

LORY B. "Sens et portée de la création d'un ministère des Affaires sociales", Revue de droit sanitaire et social, 1966, p. 99.

MARETTE A. "La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés", R.F.A.S. 2, 1971, p. 137.

MESNARD A.H. "Dix années de jurisprudence du Conseil constitutionnel en matière de répartition des compétences législatives et règlementaires", A.J.D.A. mai 1970, p. 259.

MODERNE F. "Remarques sur le concept d'acte administratif dans ses relations avec les notions de personne privée et de service public à gestion privée", A.J.D.A. janvier 1975, p. 4.

MOITRIER J. "La redistribution des revenus à travers les techniques de la sécurité sociale", Dr. soc., 1966, p. 652.

- "Y a-t'il un plan français de sécurité sociale ?", Revue économique, mars 1967.
- "L'équilibre de la sécurité sociale et la justice sociale à travers les rapports sur la sécurité sociale", Dr. soc., 1967, p. 455.
- "Le dossier complet de la sécurité sociale", Entreprise, mai 1967.
- "Problèmes actuels de la sécurité sociale", Economie et politique, juillet 1967, p. 23.
- "La complexité comme mode de gestion de notre système de sécurité sociale", Dr. soc., 5 mai 1971, p. 355.
- "La tutelle sur les organismes de sécurité sociale", Dr. soc., mars 1973, p. 186.

MORIVAL A. "L'action sociale des caisses d'allocations familiales", Dr. soc., 1975, p. 52.

NETTER F. "Les relations financières entre les divers régimes français de sécurité sociale", Revue belge de sécurité sociale, avril 1960.

- "Evolution du statut des institutions de sécurité sociale", Dr. soc., 1964, p. 242.
- "Les structures de décision dans les institutions de sécurité sociale et l'horizon 85", Bull. C.A.F. 12, décembre 1967, p. 1044.

PAVARD F. "L'équilibre financier de la sécurité sociale", Revue économique, mars 1967, p. 207.

PRIEUR C. "L'action sanitaire et sociale du régime général d'assurance maladie", Dr. soc., 1976, p. 311.

RAMOND P. "Vers un néo-libéralisme social", Dr. soc., avril 1967.

SAVY R. "Sécurité sociale et droit public", Dr. soc., 1966, p. 363.

VIRTON P. "Responsabilité et équilibre de gestion de la sécurité sociale", Projets, septembre 1967, p. 937.

WELHOFF "Le comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale", Dr. soc., 1963, p. 242.

NUMEROS SPECIAUX

"La réforme de 1967", Dr. soc., janvier 1968.

"Le 25° anniversaire de la sécurité sociale", R.F.A.S. 2, 1971.

R A P P O R T S

BORDAZ - Commission des prestations sociales pour le V° Plan, Rapport général, 1965.

BOUTBIEN - "Les problèmes de la sécurité sociale", Rapport au Conseil économique et social, 1974, J.O. C.E.S., 26 septembre 1974 ; Dr. soc., mars 1975.

Bureau International du Travail "Le financement de la sécurité sociale dans les pays de la Communauté Européenne", 1962.

C.N.A.M., Rapport d'activité, 1973.

Comité interministériel de coordination, Rapport sur la situation et les perspectives financières des régimes de sécurité sociale, 1964.

Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Rapport, juillet 1977.

Conseil économique et social, Avis et rapport, 11 juin 1965.

Conseil économique et social, Rapport sur la conjoncture économique, J.O. C.E.S., 1971, p. 101.

Conseil économique et social, Rapport sur le VI° Plan, J.O. C.E.S., 1971, p. 536.

DOBLER E. Rapport concernant l'évolution des recettes et dépenses de la sécurité sociale au cours des années prochaines, J.O. Doc. Ass. Nat., 1964, p. 1107.

E.N.A. Promotion "GUERNICA", "L'harmonisation des régimes français de sécurité sociale", Dr. soc., 1976, p. 147.

– "Le financement du régime général de sécurité sociale", Dr. soc., 1976, p. 217.

Inspection générale des affaires sociales, Rapport général 1971, "La tutelle".

MABIT M. "L'évolution des prestations sociales et le financement de la sécurité sociale", Rapport au Conseil économique et social, 1963.

TABLE DES MATIERES

Introduction 7

PREMIERE PARTIE

LA GESTION FINANCIERE DU REGIME GENERAL 19

Titre I - Une réforme ambiguë 21

Chapitre 1 - Une réforme nécessaire 23

Chapitre 2 - Une réforme insuffisante 29

Titre II - L'organisation financière du régime général : division des comptes et unité de trésorerie 37

Chapitre 1 - La séparation comptable des risques..... 39

Section 1 - L'assurance maladie..... 43

I - Les fonds relatifs aux prestations 43

A - Le fonds national de l'assurance maladie..... 44

B - Le fonds national des accidents du travail..... 55

II - Les fonds annexes..... 58

A - Le fonds national de prévention des accidents du travail.. 58

B - Le fonds national du contrôle médical..... 61

C - Le fonds national d'action sanitaire et sociale..... 64

D - Le fonds national de la gestion administrative..... 69

Section 2 - Les prestations familiales..... 73

I - Le fonds national des prestations familiales..... 79

II - Le fonds national de la gestion administrative..... 82

III - Le fonds national de l'action sanitaire et sociale..... 83

Section 3 - L'assurance vieillesse..... 89

I - Le fonds national d'assurance vieillesse..... 90

II - Le fonds national d'action sanitaire et sociale..... 90

III - Le fonds national de la gestion administrative..... 92

Chapitre 2 - L'unité de trésorerie : l'A.C.O.S.S..... 95

I - Le principe de l'unité de trésorerie..... 98

II - Les organes : l'A.C.O.S.S. et les unions de recouvrement..... 100

III - La trésorerie du régime général..... 103

A - L'encaissement des fonds..... 104
B - Le paiement des dépenses..... 105
C - Le placement des fonds..... 108

Titre III - Le fonctionnement financier du régime général..... 113

Chapitre 1 - Le financement des branches ; les dotations..... 115
Section 1 - La branche maladie..... 118
I - Les dotations pour le service des prestations..... 118
II - Les dotations pour charges annexes..... 122
A - Les dotations de gestion administrative..... 122
B - Les dotations d'action sanitaire et sociale..... 129
Section 2 - La branche prestations familiales..... 135
I - Le service des prestations..... 135
II - Les dotations pour les charges annexes..... 135
A - Les dotations de gestion administrative..... 135
B - Les dotations d'action sanitaire et sociale..... 139
Section 3 - La branche vieillesse..... 144

Chapitre 2 - L'équilibre financier du régime général..... 147
Section 1 - L'équilibre financier des risques..... 149
I - La C.N.A.M. 149
A - L'article 17 de l'ordonnance 67-706..... 150
B - Des dispositions inappliquées..... 151
II - Les autres caisses nationales..... 154
A - La C.N.A.F. 154
B - La C.N.A.V. 156
Section 2 - Les pouvoirs d'intervention sur les caisses locales... 158
I - La Caisse nationale d'assurance maladie..... 158
A - Le contrôle de la gestion des risques par les caisses locales..... 160
B - Le contrôle des gestions annexes..... 163
1 - La gestion administrative..... 163
2 - L'action sanitaire et sociale..... 164
II - Les autres caisses nationales..... 166
A - La Caisse nationale d'allocations familiales..... 166
B - La Caisse nationale d'assurance vieillesse..... 168
III - La nature du pouvoir des caisses nationales..... 170

DEUXIEME PARTIE

LE CONTROLE DU REGIME GENERAL 173 173

Chapitre 1 - L'évolution des contrôles de la sécurité sociale..... 177

Chapitre 2 - La compétence gouvernementale en matière de sécurité sociale..... 191

Section 1 - Dessaisissement du Parlement..... 192

Section 2 - La sécurité sociale dans les structures gouvernementales..... 197

Chapitre 3 - La multiplicité des organes de contrôle..... 205

Section 1 - Les autorités de contrôle administratif..... 207

Section 2 - Les autorités de contrôle financier..... 211

Chapitre 4 - Les contrôles sur le régime général..... 215

Section 1 - L'intervention a priori sur les décisions des organismes..... 219

I - Le contrôle des décisions des caisses nationales..... 219

II - Le contrôle des organismes locaux..... 222

A - L'article L 171 du code de sécurité sociale..... 222

1 - Les circulaires de 1968 et 1969..... 222

2 - Le nouvel article L 171..... 225

1° - Le contrôle de légalité..... 227

2° - Le contrôle de l'opportunité financière..... 229

B - Les contrôles budgétaires sur les organismes locaux.. 232

1 - Le contrôle des ressources : les dotations..... 232

2 - L'approbation des budgets..... 234

3 - Inscription d'office et substitution..... 236

Section 2 - Les contrôles financiers..... 238

I - Le contrôle par les comités départementaux d'examen des comptes (C.O.D.E.C.)..... 239

II - Le contrôle de la Cour des Comptes..... 241

1 - Le contrôle des caisses nationales..... 241

2 - Le contrôle administratif sur les organismes de sécurité sociale..... 241

a - Le contrôle général..... 24[illegible]

b - La seconde vérification des comptes des organismes de sécurité sociale..... 243

c - Les conséquences du contrôle de la Cour..... 243

CONCLUSION..... 245

BIBLIOGRAPHIE..... 247